

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°
233

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Philippe MAJOUR

Né à Orsay (Seine-et-Oise), le 6 janvier 1887
Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Denis (Seine)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

Sarcomes Aponévrotiques

Président : M. RECLUS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547527_0007

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Philippe MAJOUR

Né à Orsay (Seine-et-Oise), le 6 janvier 1887
Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Denis (Seine)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Sarcomes Aponévrotiques



Président : M. RECLUS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
Clinique médicale.	DEBOVE
	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	N.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
	POZZI
Clinique gynécologique.	KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile.	ALBERT ROBIN
Clinique thérapeutique.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MÈRE

A MA SCEUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

Très respectueux hommage.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

(In memoriam)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIEFFEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GOUGET

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAQUEZ

MONSIEUR LE DOCTEUR BALZER

MONSIEUR LE DOCTEUR BOULLOCHE

MONSIEUR LE DOCTEUR MILIAN

MONSIEUR LE DOCTEUR GARNIER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEMELIN

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE SAINT-DENIS

MONSIEUR LE DOCTEUR FELTZ

(In memoriam)

MM. LES DOCTEURS VILLIÈRE, — TEULIÈRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Sarcomes Aponévrotiques

INTRODUCTION

« Les sarcomes, nés des cellules fixes du tissu cellulaire commun, sont d'une très grande fréquence et possèdent la propriété de naître en un point quelconque de la gangue interstitielle de l'organisme. Ils ont des foyers de prédilection et, en premier lieu, viennent les aponévroses des membres et du tronc ».

(LETULLE ET NATTAN LARRIER)

Malgré cette réputation de grande fréquence, consacrée par tous les traités des maladies des aponévroses, ayant eu l'occasion d'observer un cas de fibrosarcome du fascia lata, dans le service de notre maître, le Dr Rieffel, — qui nous conseilla lui-même d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale, et auquel nous sommes heureux, en cette circonstance, d'exprimer, avec tout notre attachement, notre profonde reconnaissance pour l'appui qu'il n'a cessé de nous prodiguer, au cours de nos études médicales, — nous avons recherché les observations parues sur

les sarcomes aponévrotiques, nous bornant à celles où la tumeur, soit primitivement, soit durant toute son évolution, fut indépendante des tissus voisins, c'est-à-dire nettement à point de départ aponévrotique.

C'est pourquoi nous avons laissé de côté : 1^o le cas d'EICHHORST, où chez une femme de trente-six ans se développa à la plante du pied une tumeur, mélanosarcome fasciculé, ayant envahi l'aponévrose plantaire, les ligaments interosseux et dorsaux, englobé les tendons du long fléchisseur et pénétré dans plusieurs articulations; 2^o deux autres cas du même auteur, où règne la même imprécision, en tant que point de départ.

De même, nous n'avons conservé de la thèse de COSSERAT sur les tumeurs fibroplastiques du membre inférieur qu'un seul cas de tumeur volumineuse fibroblastique de la fesse gauche, à point d'insertion sur l'aponévrose du grand fessier, et qui fut extirpée par DENUcé, à l'hôpital Saint-Jean de Bordeaux.

Mieux que les cas isolés que nous rapportons, la statistique de PIPERATA prouve que, sur 142 cas de sarcomes des membres, il ne s'en est trouvé que 8 affectant les aponévroses et principalement ces feuilletts ou fascias que les Allemands comprennent parmi les membranes d'enveloppe.

En effet, « aux premiers stades du développement, les muscles, entourés par du tissu conjonctif non différencié, modifient celui-ci, en devenant organes actifs et en créant dans leur voisinage des appareils

accessoires, qui facilitent leur travail physiologique. Ces modifications du tissu conjonctif se font dans deux sens principaux : tantôt le tissu conjonctif se condense, forme aux muscles des gaines de plus en plus parfaites et, devenant agent de contention, se transforme en aponévroses et en gaines fibreuses ; tantôt, au contraire, devenant de plus en plus lâche, ses aréoles s'agrandissent et peu à peu il se transforme en un appareil de glissement, dont la dernière étape est représentée par les bourses séreuses et les gaines séreuses tendineuses. » (POIRIER)

Or, les aponévroses se présentent sous deux aspects principaux : à l'un appartiennent les simples lamelles, les feuillets décrits sous le nom de fascias ; à l'autre, les aponévroses proprement dites, véritablement fibreuses.

VELPEAU a décrit le fascia sous-cutané, superficialis, couche tantôt très mince, tantôt assez épaisse, réellement fibreuse dans certains endroits, ailleurs purement lamelleuse et difficilement isolable du tissu cellulaire sous-cutané.

Si ce fascia superficialis, de même que le fascia sous-séreux, se perd dans le tissu fibreux, les aponévroses proprement dites semblent succéder à leur tour aux fascias cellulaires, de manière à en tirer leur origine, pour se continuer avec les muscles, le périoste et les annexes du système osseux.

Les aponévroses d'enveloppe (fascias des auteurs allemands) sont des couches de tissu conjonctif condensé qui entourent les différents muscles et les

séparent des téguments (aponévroses superficielles) ou des muscles voisins (aponévroses profondes). L'épaisseur des premières varie, non seulement suivant les sujets, mais aussi suivant les régions. Très minces au niveau des muscles larges, notamment, où elles sont réduites à des toiles celluleuses et confondues avec le périnysium externe de ces muscles, elles acquièrent ailleurs une épaisseur considérable, par exemple au niveau du fascia lata, nom donné par certains auteurs à la partie externe de l'aponévrose fémorale qui atteint là son maximum d'épaisseur, étendu par d'autres à toute cette aponévrose.

Les aponévroses d'insertion (aponévroses proprement dites des auteurs allemands) sont de véritables tendons étalés, représentant le mode de terminaison habituelle des muscles plats. Elles peuvent encore servir d'agents de contention et se rapprocher alors des aponévroses d'enveloppe.

« En France, le mot aponévrose a une extension plus considérable. C'est ainsi que sous le nom d'aponévrose moyenne du périnée on désigne un ensemble complexe, où entrent, avec le tissu fibreux, de nombreux éléments musculaires. L'aponévrose moyenne du cou ne peut être regardée ni comme une aponévrose d'enveloppe, ni comme une aponévrose d'insertion ; c'est le reliquat d'un muscle disparu chez l'homme (GEGENBAUR). On peut dire la même chose du feuillet aponévrotique intermédiaire au grand fessier et au tenseur du fascia

lata, qui ne représente, en somme, que la partie atrophiée. » (KRAUSE)

Nous n'avons fait porter, finalement, nos recherches que sur les aponévroses d'enveloppe et d'insertion, sur celles dont la constitution est uniquement fibreuse.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Rangé parmi les tissus de soutien, le tissu aponévrotique est un tissu conjonctif avec prédominance de faisceaux conjonctifs tendus sur plusieurs plans.

Dans l'organisme, le tissu conjonctif provient du feuillet moyen du blastoderme. D'abord embryonnaire, il se différencie ensuite. Dans sa forme la plus jeune, il est uniquement constitué par un amas de cellules embryonnaires possédant un gros noyau et quelques fins prolongements très courts (endoplasme des auteurs).

Dans l'intervalle des cellules est répandue une substance unissante amorphe (exoplasme des auteurs).

Quand le tissu vieillit, les prolongements cellulaires deviennent de plus en plus nombreux, les cellules rondes s'aplatissent et peu à peu réalisent la forme étoilée du tissu conjonctif adulte, où les faisceaux fibrillaires sont constitués par les prolongements de plus en plus serrés et abondants des cellules. Cette transformation a lieu à l'intérieur des cellules pour SCHWANN. Elle est extracellulaire pour

HENLE : faisceaux conjonctifs et fibres élastiques prennent naissance dans la substance amorphe qui, pour RETTERER et les auteurs l'ayant suivi, représente, en réalité, une partie du corps cellulaire (BRANCA).

Tout sarcome constitué, quel qu'en soit le volume, par un bourgeonnement conjunctivo-vasculaire anormal, mais jeune et toujours d'une richesse excessive en éléments cellulaires, rappelle, en maintes circonstances, certaines phases évolutives du stroma interstitiel de l'embryon et, spécialement, il reproduit les formes histogénétiques du tissu conjonctif dans leurs premiers stades.

Il est donc possible de rapporter l'origine des sarcomes à des débris ou des îlots inutilisés du tissu interstitiel de l'embryon et nulle part, peut-être, la parenté entre tissu normal et tissu sarcomateux ne se fait mieux sentir que dans les tissus fibreux et particulièrement aponévrotiques.

Les sarcomes se caractérisent, quelle que soit leur variété, par une prolifération toujours abondante et rapide d'éléments cellulaires d'origine connective, comme nous l'avons vu, indissolublement liée à des néoformations vasculaires, sanguines, partie fondamentale du processus tumoral. Pour PILLIET et BRAULT, le rôle des vaisseaux sanguins devient la base essentielle de leur histogénèse.

Le terme « sarcome » va donc englober un groupe important et varié de tumeurs, souvent malignes, nées aux dépens du squelette conjunctivo-vasculaire.

Or, actuellement, et de toutes parts, on livre des assauts contre l'entité histopathologique et clinique du sarcome. MÉRIEL, de Toulouse, résumant l'impression qui résulta des *discussions de la Société de Chirurgie*, aux séances des 24 et 6 juin, 22 et 29 novembre, 6 décembre 1911, s'exprime ainsi :

« Les cas de prétendus sarcomes, méritant même cette étiquette histologique et guérissant sans opération, ou par une simple incision, voire même par les rayons X, montrent bien le défaut d'une classification en bloc et trop rapide, à tel point qu'on ne peut plus se reconnaître dans ce *chaos pathologique* (TUFFIER) *qu'est le sarcome*.

L'histologiste ne peut renseigner suffisamment sur la nature vraie du fragment de tumeur que nous lui envoyons, puisque les coupes sont comparables, à s'y méprendre, s'il s'agit d'un sarcome vrai, tumeur maligne, ou d'une de ces étranges *tumeurs inflammatoires* qui sont susceptibles de guérir par des moyens différents (intervention palliative, résection économique, traitement général, radio et radium-thérapie, etc.) et de présenter une guérison durable maintenue pendant des années. On a parlé de la faillite de l'histologie devant ces méprises de diagnostic : il semble plus sage de se garder d'admettre trop vite le diagnostic de sarcome... Le microscope est souvent impuissant à distinguer les lésions inflammatoires des simples sarcomes, peut-être parce qu'il y a coexistence ou transition des unes aux autres » et nous rapprochons la conception déjà

émise par Trêves de *tumor of tumor* de la juxtaposition de deux processus tumoraux bénin et malin ou de la dépendance du second au premier.

Mais la cellule sarcomateuse possède quelques caractères généraux qui lui assurent une personnalité permettant de la différencier des autres espèces de cellules tumorales. Ainsi s'expriment LETULLE et NATTAN LARRIER, auxquels nous empruntons ces données anatomo-pathologiques du sarcome.

C'est un élément jeune, gorgé de glycogène (BRAULT), doué d'une vitalité exubérante, dont la substance nucléaire, abondante, montre les signes d'une prolifération exagérée, désordonnée, karyokinétique aussi bien que directe.

En outre, caractère à lui seul pathognomonique, la cellule sarcomateuse possède la puissance angiogène ; elle sait former des parois vasculaires, dont elle-même circonscrit la lumière, tantôt directement, tantôt en s'accolant aux bourgeonnements endothéliaux nés des vaisseaux fondamentaux de la région.

Partout où ces productions peuvent prendre racine, jusque dans les foyers métastatiques, avant même que les cellules embolisées aient franchi les parois du vaisseau, le tissu sarcomateux élabore un véritable système anatomique (BRAULT).

Aucun cancer n'acquiert jamais pareille faculté néo-vaso formative.

On comprend dès lors comment les sarcomes réalisent en clinique des tumeurs dont le volume, la vascularisation et l'accroissement sont, en général,

bien supérieurs à ceux d'autres néoplasmes. L'absence de vaisseaux dans le tissu aponévrotique, la constitution elle-même de ce tissu, qui se défend par ses éléments, sans être obligé de les transformer, peuvent expliquer l'évolution et l'accroissement pénibles des sarcomes qui s'y développent ; on ne sait pas nettement si ces fibres conjonctives, lorsqu'il s'agit de fibrosarcome, naissent des cellules sarcomateuses, qui posséderaient la propriété fibroplastique, ou si elles ne représentent pas le processus habituel de défense, commun à tous les tissus envahis par des productions étrangères.

Quoi qu'il en soit, on peut observer sur les aponévroses toutes les variétés de sarcomes.

LETULLE et NATTAN-LARRIER les classent en quatre groupes :

Dans le premier ils étudient les *sarcomes nés des cellules fixes du tissu cellulaire commun*, et répartissent ceux-ci en quatre nouvelles catégories.

Le *sarcome fuso-cellulaire, fibrosarcome, sarcome à cellules fusiformes*, sarcome fibroplastique de Lebert, sarcome fasciculé des auteurs anciens, est le plus fréquent.

Il a l'aspect d'une tumeur volumineuse, de consistance fibroïde, bien que riche en sucs.

Sur la coupe, le tissu néoplasique blanc, jaunâtre ou gris rosâtre, est souvent découpé par des îlots nécrobiotiques et par des placards apoplectiques. Les zones nécrobiotiques se ramollissant, se liquéfiant, forment des « géodes », des cavités « pseudo-

kystiques », remplies d'un liquide coloré, jaunâtre, brunâtre, ou franchement sanglant, au milieu duquel flottent des tractus connectifs en voie d'atrophie.

Au *microscope*, la tumeur est constituée par une surproduction de cellules allongées, fusiformes, qu'on distingue en grandes et petites. Le protoplasma est gorgé de glycogène et contient un ou plusieurs noyaux volumineux, ovoïdes, faciles à distinguer des noyaux allongés, cylindroïdes, en bâtonnet des fibres musculaires lisses d'un myome.

Sur nombre de points, les noyaux sont en voie de prolifération directe ou indirecte.

Le groupement des éléments se règle souvent par faisceaux qui s'orientent autour des anciens vaisseaux néoformés contemporains des éléments tumoraux (bourgeons sarcomateux); de là, des tourbillons de cellules sarcomateuses identiques à ceux du fibrome, du lipome, de l'ostéome; mais dans le sarcome la plupart des vaisseaux forment les axes mêmes des tourbillons et se composent d'une couche unique d'endothélium en contact direct avec les cellules sarcomateuses.

Les variétés d'aspect les plus diverses sont communes dans l'intimité de la masse sarcomateuse. Les éléments fuso-cellulaires peuvent modifier d'un point à un autre leur volume et leur groupement. L'unité morphologique des cellules n'a rien d'absolu non plus; le type peut être à cellules rondes et même à cellules géantes ou myéloplaxes. La gangue conjonc-

tivo-vasculaire elle-même, plus ou moins abondante, peut aller jusqu'à constituer un véritable tissu associé : le *fibrosarcome*.

Le sarcome globo-cellulaire, à cellules rondes, encéphaloïde, embryoplastique, est fréquent aussi.

Tumeur volumineuse, gorgée de suc et très molle ; les placards apoplectiques et les zones nécrobiotiques sont fréquents.

Les vaisseaux néoformés sont très nombreux, sans paroi propre, d'où la fréquence d'hémorragies interstitielles et la présence de nombreux ilots de pigment ocre.

Les cellules se répartissent, d'après leur volume, en :

Petites cellules rondes. — Régulièrement arrondies ou ovalaires, elles sont remplies presque complètement par leur noyau, toujours volumineux, pourvu de nucléoles. Pas de substance interstitielle ; les cellules sont juxtaposées, sans interposition d'autre tissu. C'est cette variété dont la croissance est la plus rapide et la malignité la plus grande.

Grandes cellules rondes. — La substance interstitielle est plus abondante. Les cellules sont arrondies, plus ou moins polyédriques à angles mousses, et renferment plusieurs noyaux. La tumeur est plus ferme que le sarcome encéphaloïde. La substance prend parfois un aspect fibrillaire ; elle ébauche ainsi un véritable réticulum circonscrivant des alvéoles qui emprisonnent les cellules. C'est la variété que BILL-

ROTH a décrit sous le nom de *sarcome alvéolaire*.

Si la prolifération des canaux vasculaires l'emporte sur celle de la masse cellulaire, on obtient le *sarcome télangiectasique*.

Le périthéliome, orienté à la surface des axes artériels et veineux, semble se développer aux dépens des éléments connectifs qui entrent dans la constitution de la membrane adventice des vaisseaux fondamentaux.

L'endothéliome serait d'origine vasculaire ou séreuse.

Dans le second groupe sont classés les *sarcomes développés aux dépens des cellules mélanigènes*, cellules connectives spécialisées en vue de la formation du pigment mélanique.

Dans le troisième ce sont les *sarcomes nés des cellules attribuées au tissu squelettogène* : *sarcome ossifiant*, *sarcome ostéoïde*, où on ne trouve que des ébauches de néoformations osseuses ; *sarcome myéloïde*, *chondrosarcome*, *sarcome angioplastique*, *sarcome à myélopaxes*, qui a la structure d'un fibrosarcome, avec un développement considérable des vaisseaux et la présence de grandes cellules polygonales, contenant jusqu'à 50 ou 60 noyaux ovalaires. MALASSEZ et MOXOD les considèrent comme angioplastiques, c'est-à-dire destinées à se transformer en vaisseaux. Il ne faut pas les confondre avec ces cellules à noyaux multiples ou multilobés des sarcomes giganto-cellulaires, qui expriment simplement le désordre et l'hyperactivité de la multiplication.

Ajoutons que certains auteurs ont prétendu à l'existence des myéloplaxes dans toutes les variétés de sarcomes (CORNIL ET RANVIER).

Enfin, au quatrième groupe appartiennent toutes les variétés qui n'ont pas trouvé place jusqu'ici : *sarcomes complexes*, *sarcomes combinés*, et les sarcomes dont les éléments, cellules ou substance fondamentale, ont subi une évolution ou dégénérescence spéciales. Nous ne mentionnerons, parmi ces derniers, que le *myxosarcome*, dont le cas d'HELLMANN donne une description si nette.

Dans cette variété, les substances fondamentales prennent la consistance muqueuse : tandis que parmi les cellules certaines tendent à la forme étoilée, d'autres se transforment en boules gonflées de gouttes muqueuses. Ce processus est tout voisin de la fonte muqueuse ; il n'en diffère que par la conservation partielle des cellules.

La fonte muqueuse est, avec la stéatose et surtout la nécrose sèche, à faire rentrer parmi les lésions dégénératives, fréquentes, dans les sarcomes encéphaloïdes notamment.

En résumé, l'on peut dire que, en l'absence de remaniements et de dégénérescences, le tissu sarcomateux a une consistance très molle dans les formes globo-cellulaires et ferme sans dureté dans les sarcomes fuso-cellulaires, qui sont les variétés les plus fréquentes.

Les sarcomes du tissu conjonctif sont des tumeurs, en général, circonscrites, exactement limitées par

une capsule fibreuse, ce qui en rend l'énucléation facile.

Ils ne sont pas infiltrés diffusément et s'accroissent aux dépens de leur propre masse, une fois le premier noyau constitué.

Le tissu aponévrotique est un siège d'élection et la variété la plus souvent rencontrée est le fibrosarcome.

Des cas relatés nous extrayons en effet les chiffres suivants :

Un sarcome mixte, à cellules fusiformes et rondes ;

Deux sarcomes à grandes cellules fusiformes ;

Deux sarcomes à petites cellules fusiformes ;

Deux myxosarcomes ;

Seize fibrosarcomes.

Parmi ceux-ci nous comptons neuf fibrosarcomes du cou, d'origine extra-pharyngienne, que MOUSNIER, dans sa thèse, comprenant une trentaine de cas, fait naître des aponévroses.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE. — FRÉQUENCE

En nous basant, pour apprécier la *fréquence* des sarcomes aponévrotiques, sur la statistique de PIPERATA, nous trouvons 8 cas sur 142.

Dans la thèse de MOUSNIER, sur 30 cas de fibrosarcomes du cou, extra-pharyngiens, 9 ont un point de départ aponévrotique.

LANDOIS, de Breslau, rapporte qu'en l'espace de dix ans KUTTNER a traité dans sa clinique 20 cas de sarcomes sous-cutanés : six fois il s'agissait de sarcomes aponévrotiques.

La proportion est donc dans le premier cas de 5, 7 0/0 ; dans les deux autres exactement de 30 0/0.

Nous ne tirons aucune conclusion de ce pourcentage, car il est probable que la banalité de la plupart des sarcomes aponévrotiques, restant limités à ces formations et n'entraînant pas de symptomatologie spéciale, en fait laisser le plus grand nombre de côté.

CORNIL, RANVIER, WIRCHOW, RINDFLEISCH, MORIN,

Richoux, admettent que le sarcome musculaire se développe primitivement dans le tissu conjonctif périfasciculaire, et ils font jouer aux aponévroses un rôle important, en tant que point de départ de ces tumeurs, la fibre musculaire ne subissant que des altérations passives d'atrophie ou de dégénérescence. C'est, contrairement à PILLIET, l'opinion de M. QUÉNU ; il ne croit pas que la fibre musculaire puisse, *in situ*, subir la transformation néoplasique et ne lui assigne qu'un rôle absolument passif.

Il faudrait donc faire rentrer dans le cadre des sarcomes aponévrotiques tous les cas de tumeurs sarcomateuses des muscles et même d'autres formations voisines des aponévroses. Ce serait donner un caractère d'universalité au point de départ aponévrotique. Il est suffisamment fréquent pour que l'on considère les sarcomes aponévrotiques comme étant le plus souvent primitifs.

Ils peuvent *siéger* partout, car partout existent des formations aponévrotiques ; elles sont toutefois plus développées aux membres et au cou. C'est indiscutablement l'aponévrose fémorale qui, d'un accord unanime, paraît être le siège de prédilection de ces tumeurs. À propos des tumeurs de la cuisse, M. KIRMISSON nous dit que les sarcomes des parties molles ont habituellement leur point de départ dans l'aponévrose du fascia lata, et qu'ils se développent très rarement dans le tissu musculaire. En haut elles évoluent vers l'aîne, en bas elles deviennent tumeurs du creux poplité ; et nous verrons combien le siège a

d'importance dans la physionomie du sarcome aponévrotique.

Il semble s'attaquer plutôt à l'adulte et même au vieillard, et n'est donc pas plus fréquent dans le jeune âge.

Quant au *sexe*, voici ce que nous avons trouvé dans les observations : 10 hommes, 4 femmes. Mousnier signale, à propos des sarcomes du cou, la prédominance des femmes.

D'une façon générale, on aurait noté souvent l'existence d'épithéliomas divers dans les antécédents héréditaires des sarcomateux.

Quelles peuvent être les *causes déterminantes* ? Comme pour tous les sarcomes, on ne sait rien de précis. Il est classique d'invoquer le traumatisme, qui peut être interne.

En effet, parlant des sarcomes de la paroi antérieure de l'abdomen, ROGUET signale l'action de l'utérus, qui peut former une petite éraillure de la couche musculo-aponévrotique, petite rupture ou travail inflammatoire du tissu conjonctif, qui va devenir le point de départ d'un sarcome ou d'un fibrosarcome.

Celui-ci peut aussi se développer sur une cicatrice ancienne, sur un point où un catgut mal résorbé entretient un travail inflammatoire.

Pour RINDFLEISCH, un fibrome peut se rajeunir et subir la transformation sarcomateuse.

Nous mentionnerons, pour mémoire, car c'est

l'histoire du sarcome en général, les essais de pathogénie.

SCHIFF trouve un bâtonnet, forme végétative d'un mycélium.

MOTY découvre dans le sang un microcoque, qu'il réussit à cultiver.

DELBET et CAZIN constatent l'existence de petits corps très réfringents et très mobiles.

CLARKE, HADDEN, PAWLOWSKY, WERNICKE, VADELLER, PETROFF, MILIAN, BERNARD, BOSC ont publié des travaux se rapportant au parasitisme du sarcome.

LEH, en 1900, conclut à l'origine non parasitaire des néoplasies sarcomateuses.

Pour démontrer la nature infectieuse du sarcome, on s'est appuyé sur les greffes, sur les épidémies (DELOTTE) et la notion de contagiosité.

P. DELBET fait entrer dans le groupe des sarcomes des tumeurs engendrées par le bacille de Koch. La syphilis acquise et même héréditaire peut aussi en revendiquer sa part (NICAISE, DELBET, ESMARCH).

Le résultat de ces recherches sur la cause vraie du sarcome a été son démembrement : tout ce qui peut être rapporté à une cause infectieuse ou inflammatoire n'est plus sarcome, mais tumeur simulant le sarcome, terme qu'on tend à ne plus conserver qu'aux néoplasies à évolution maligne, dont l'étiologie reste mystérieuse.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Le début est insidieux et lent. La tumeur, presque toujours indolente au début, peut se développer d'une façon rapide, atteindre un volume assez important, ou rester, au contraire, pendant longtemps, une simple petite tumeur locale sans provoquer de troubles marqués.

C'est le plus souvent par hasard que le malade découvre sa tumeur, par la vue, la palpation ou la sensation d'une gêne particulière, comme dans le cas de sarcome de la voûte plantaire.

Mais le début peut se révéler par un signe particulier, tel que l'œdème partiel, dû à la compression d'un tronc veineux, ou des douleurs irradiant dans la direction de cordons nerveux, dues également à la compression.

Immédiatement, nous apercevons toute l'importance de la notion de siège dans la séméiologie du sarcome des parties molles et, en particulier, des aponévroses. Ce qui fait le tableau clinique du sarcome, ce sont ses rapports. Nulle part ailleurs

qu'aux membres et au cou ceci n'apparaît plus nettement.

La tumeur, bien encapsulée dans sa coque fibreuse occupe, par exemple, le fascia lata, loin des vaisseaux ; les signes sont ceux de toute tumeur bien localisée. Elle se développe, au contraire, dans la région inguinale ou dans le creux poplité ; ce qui domine alors au bout d'un certain temps et, si la tumeur atteint un certain volume, c'est la compression du paquet vasculo-nerveux. Nous considérerons cette compression comme une complication et l'étudierons comme telle.

Le sarcome en lui-même présente certains *signes physiques* :

Plus ou moins saillant, selon son volume, la tumeur paraît à *la vue*, soit nettement arrondie, soit affectant des formes diverses. La surface est recouverte par la peau, qu'elle refoule et distend plus ou moins. Les téguments n'offrent souvent aucun changement. Ils sont parfois sillonnés de veines dilatées, par gêne de la circulation.

Nous verrons qu'ils peuvent, soit par envahissement, soit simplement par distension excessive, être frappés d'une inflammation ulcéralive, ou même de sphacèle. Mais le sarcome, à l'opposé du néoplasme épithéliomateux, refoule les tissus, bien plutôt qu'il ne les absorbe : il tire de là son caractère de mobilité sur les plans superficiels. *Par la palpation* on explorera cette mobilité, moins marquée, il est vrai, que dans les sarcomes du tissu cellulaire sous-cutané.

Si la tumeur se développe aux dépens du fascia superficialis, elle paraîtra indépendante des tissus environnants. Son origine est-elle dans une aponévrose forte et tendue elle-même par les muscles? On la mobilisera difficilement sur la profondeur et d'autant moins que les muscles seront plus contractés.

On appréciera les limites et la consistance, qui varient énormément suivant le siège et la forme anatomique.

Nous verrons qu'ils peuvent ainsi présenter les caractères de tumeurs solides à consistance dure, cartilagineuse ou fibroïde, et passer par toutes les modalités intermédiaires entre cette fermeté et la fluctuation, pour arriver à simuler des collections liquides.

Le signe d'ESTLANDER, c'est-à-dire l'augmentation de la température locale, n'existe que dans les sarcomes à marche rapide, à constitution vasculaire exagérée; il doit donc être très rare dans les sarcomes aponévrotiques.

Les signes fonctionnels dépendent du siège. La douleur est rare, sauf en cas de compression de filets nerveux. Il y a, le plus souvent, des impressions de gêne, de picotements, de lancinements, en un mot toute la gamme des sensations que les malades rapportent ou se croient obligés de rapporter à leur tumeur.

Les sarcomes des aponévroses plantaire et palmaire occasionnent de bonne heure un certain

trouble, soit dans la préhension, soit dans la marche ; l'observation de TRÈVES nous apprend que son malade était obligé de porter des chaussures spéciales.

Ces signes n'ont absolument rien de spécial au sarcome et pourraient se répéter à propos de n'importe quelle tumeur bénigne des aponévroses.

Ce qui fait la personnalité du sarcome doit être recherché dans son caractère de malignité, dans les réactions générales qu'il entraîne. Nous reprendrons cette idée pour le séparer d'avec les tumeurs inflammatoires qui le simulent.

Les signes généraux doivent, théoriquement, être ceux de toute tumeur maligne : l'atteinte progressive de l'état général, les troubles de la fonction digestive, conduisant peu à peu le malade à la cachexie terminale. Le sarcome aponévrotique, comme bien d'autres, est souvent sans action sur le reste de l'organisme, et cela d'autant mieux qu'il en reste plus parfaitement séparé par la barrière fibreuse de sa coque, comme on le voit dans le fibrosarcome. *Son évolution* devient, ou plutôt reste bénigne. Ne faut-il pas dire alors, non plus sarcome, mais tumeur inflammatoire ?

L'examen du sang montre une leucocytose très accusée, plus marquée que dans les épithéliomas (M. QUÉNU). Quelques auteurs ont même noté une diminution dans le nombre des globules rouges (ARDLE). MOREIRA DA FONSECA a signalé l'éosinophilie.

L'évolution du sarcome va donc être liée à sa malignité et aux complications qu'il peut entraîner.

Ces complications tiennent, soit à la nature du sarcome, soit à son siège et à ses rapports.

Dans une première période de bénignité, la tumeur, si elle est de petites dimensions, n'a pour tout symptôme que le fait de son existence ; mais elle grossit et se trouve sur le trajet de grands paquets vasculo-nerveux (aine, creux poplité, cou), qu'elle va comprimer ou envahir. On sait, à ce propos, que les sarcomes prennent souvent naissance dans les gaines vasculaires et que souvent l'origine aponévrotique ou vasculaire est restée indéterminée. Elle passe ainsi à la période de malignité.

La compression des nerfs se traduit par des troubles de la sensibilité et de la motilité ; celle des veines par l'œdème et la dilatation des veines superficielles ; celle des artères, qui résistent beaucoup plus, par la diminution des battements artériels au-dessous de la tumeur, exceptionnellement par le sphacèle.

Les adhérences, plus ou moins accusées, suivant l'ancienneté de la tumeur, les modifications qu'elle a subies et les poussées inflammatoires dont elle a été le siège, sont beaucoup plus redoutables, car elles rendent la tumeur solidaire des vaisseaux et l'on conçoit combien l'extirpation en devient dangereuse.

Les lymphatiques sont rarement pris dans les sarcomes. Quoique PACCINOTTI en ait décrit dans le tissu néoplasique, les ganglions régionaux sont

plutôt augmentés par l'irritation et l'inflammation. On a vu maintes adénopathies disparaître après l'extirpation des masses sarcomateuses qu'elles signalaient. N'est-ce pas d'ailleurs une preuve encore des tumeurs inflammatoires simulant le sarcome, car souvent aussi l'adénopathie fut réellement cancéreuse et l'examen histologique le confirma ? Le sarcome se propage peu par les vaisseaux blancs : sa voie de généralisation est la voie veineuse.

S'il adhère aux vaisseaux, il est dans les meilleures conditions, et pour se développer, et pour détacher de sa masse le fragment, ou la cellule disséminatrice du processus.

Nous arrivons donc aux métastases. Les cellules sarcomateuses charriées par la voie veineuse vont propager le néoplasme à travers l'organisme et le généraliser. *Les localisations secondaires* à grande distance, pour les distinguer de celles qui se produisent au voisinage de la tumeur primitive, se feront de préférence aux poumons, aux plèvres, avec dyspnée, expectoration sanguinolente, toux et tous les signes physiques des cancers de ces organes, pleurésie, hémorragie, etc., au niveau du rein, avec l'hématurie comme symptôme, etc... La généralisation peut, en effet, être des plus complètes ; tous les tissus atteints, et tous les appareils.

Les complications tenant au sarcome lui-même sont les transformations, les métamorphoses possibles en tissus plus malins que ceux qui les précèdent. L'envahissement des tissus voisins, notamment de

la peau, peut aboutir à la production d'ulcères sanieux, à surface couverte de bourgeons charnus volumineux, de mauvais aspect, annonçant, si déjà elle n'a eu lieu, l'atteinte fatale de l'état général. Parfois, cette ulcération s'accompagne d'hémorragies répétées, qui vont jusqu'à nécessiter la ligature de la principale artère du membre. Ce fait s'observe surtout dans les sarcomes pulsatiles.

Le marche et, d'après elle, le pronostic du sarcome aponévrotique se déduisent des considérations précédentes.

Cette marche est très variable : tantôt excessivement lente, pouvant mettre dix-huit et jusqu'à quarante ans avant d'acquérir un volume notable ; tantôt, dans les formes plus malignes, s'accroissant rapidement. On a même vu des sarcomes d'évolution si rapide, dès le début, que la durée totale s'était jugée en quelques mois et que le néoplasme avait pu être confondu avec des affections phlegmoneuses.

D'autres fois, longtemps latente, la tumeur acquiert en quelques mois un volume énorme ou se généralise. M. SCHWARTZ cite le cas de TILLAUX où, du volume d'un œuf pendant treize ans, un sarcome avait pris en quelques mois les dimensions d'une tête d'adulte.

L'accroissement peut aussi se faire par poussées et ces augmentations brusques de volume sont attribuables à des dégénérescences du tissu néoplasique, kystiques en particulier, et parfois à la production d'hémorragies interstitielles.

Pour M. KIRMISSON, les sarcomes à point de départ

dans le tissu conjonctif ou dans les plans aponévrotiques se reconnaissent à leur marche irrégulière : sommeillant pendant plusieurs années, ils prennent tout d'un coup, quelquefois sous l'influence d'un traumatisme, un développement considérable. Dans la plupart des cas que nous rapportons, nous constatons que le début de la tumeur remontait à plusieurs années.

Le pronostic variera donc d'après l'évolution, d'après le siège et d'après la nature histologique.

Nous pouvons éliminer d'emblée les tumeurs inflammatoires simulant le sarcome, qui ont une allure bénigne le plus souvent et dont la seule gravité viendrait des rapports qu'elles présentent : troubles de compression, etc.

D'après leur évolution, les tumeurs vraiment malignes comportent un pronostic grave. En dehors des douleurs dont le sarcome peut être le siège, des écoulements sanieux et sanguins, susceptibles d'épuiser l'organisme, quand il est ulcéré, par la seule influence qu'exerce la présence du tissu morbide, la santé générale s'altère, et cela même dans les cas de tumeurs qui ne sont ni douloureuses, ni ulcérées.

Par contre, certains auteurs ont pu dire qu'on manquait de bases pour porter ce pronostic de généralisation, l'absence ordinaire d'engorgement ganglionnaire ne permettant pas d'apprécier l'étape évolutive du mal. « Tel malade, ayant encore les apparences d'une santé parfaite, a peut-être déjà dans le poumon, dans le cerveau, dans le foie, des

noyaux métastatiques qui continuent à évoluer après l'ablation de la tumeur principale et amèneront rapidement la mort. » La conclusion est qu'il n'y a pas de tumeur plus insidieuse, ni qui réserve au chirurgien de plus tristes surprises.

D'après leur siège, nous répéterons que les sarcomes peuvent comporter un mauvais pronostic. Prenons, par exemple, les sarcomes du pli de l'aîne, souvent aponévrotiques. En plus de la gravité due au sarcome lui-même, il y a, par suite de la présence des vaisseaux fémoraux, dont la gaine est rapidement et fréquemment intéressée, un élément nouveau, tenant, d'une part, aux grandes difficultés opératoires, d'autre part, à la possibilité de passage d'embolies sarcomateuses dans le torrent circulatoire.

La nature histologique commande aussi le pronostic. Pour M. QUÉNU il semble qu'on doive mettre aux deux bouts de l'échelle : sarcome à myéloplaxes et sarcome mélanique, extrêmement malin par lui-même et qui peut se généraliser avec une extrême rapidité. Il rappelle le cas de Gross : un malade mourut avec dépôts secondaires sept mois après le début. Dans les fibrosarcomes, le tissu fibreux paraît bien souvent englober l'élément malin ; on peut l'envisager comme un processus de défense et de limitation du véritable cancer qu'il cerne ; le pronostic peut en être moins sombre.

Mais, pour M. LÉPER, si l'histologie en présence de semblables néoplasmes est capable d'en spécifier la nature, elle ne peut en préciser la malignité, non

plus que prévoir la récédive, dont nous parlerons à propos du traitement qu'il faut faire entrer en ligne de compte dans le pronostic.

M. KIRMISSON insiste également sur ce point, qu'il n'y a pas de tumeurs bénignes ou malignes de par leur nature histologique, mais des tumeurs à évolution bénigne ou maligne. —

En somme, c'est surtout l'évolution qui commande le pronostic et c'est la clinique qui le jugera, puisque le microscope ne peut pas toujours faire le diagnostic certain de la nature du sarcome, même dans ces tumeurs uniquement à myélopaxes considérées, depuis VOLKMANN et NÉLATON, comme bénignes et que, partant, on regarde de plus en plus comme relevant plutôt de l'inflammation que d'une véritable néoplasie.

Avant de conclure, il faut donc, par l'étude des symptômes et de l'évolution, par la recherche des antécédents (tuberculose, syphilis, actinomycoïse, etc., etc.), par les recherches de laboratoire (inoculation, séro-réaction, etc.), beaucoup plus que par l'examen histologique de la biopsie, être bien convaincu qu'on est en présence d'un sarcome, tumeur maligne, et non d'un de ces processus inflammatoires qui le simulent et doivent rentrer dans le groupe des tumeurs bénignes.

Le *diagnostic* des sarcomes à point de départ dans le tissu conjonctif ou dans les plans aponévros-

tiques se fera, pour M. KIRMISSON, d'après les signes qui servent à déterminer d'ordinaire les tumeurs malignes : forme bosselée, consistance inégale, tendance à l'envahissement des parties voisines, marche très irrégulière. On ne peut, au reste, confondre le sarcome avec une autre tumeur qu'à la période de début, dite parfois de bénignité; lorsque, en effet, l'ulcération ou l'atteinte de l'état général viennent révéler le caractère de malignité, le diagnostic ne peut plus hésiter qu'entre les diverses néoplasies cancéreuses et nous verrons ce qu'il faut en penser.

On se trouve donc en présence d'une tumeur superficielle bien circonscrite. On reconnaît qu'elle siège dans les plans aponévrotiques et non dans les téguments, qui restent mobiles, ni dans le tissu cellulaire sous-cutané, parce que la tumeur est à peu près immobile sur les masses musculaires. Au voisinage des vaisseaux, on a le droit de songer à une origine ganglionnaire, si la tumeur absolument mobile ne contracte aucune adhérence avec la gaine vasculaire; cette adhérence existe-t-elle, on devra pencher vers le sarcome aponévrotique.

Cependant l'évolution n'est pas toujours superficielle et dans les régions à peau épaisse, à aponévrose forte, comme à la plante du pied, dans les cas où le sarcome se développe aux dépens de la face profonde de cette aponévrose, le diagnostic du siège peut être beaucoup plus délicat.

Nous ne reviendrons pas sur les données qu'on peut tirer de la mobilité, de la présence des varicosités

superficielles, de l'existence du signe d'Estlander, si rare dans les sarcomes aponévrotiques. Quant à leur consistance, elle peut en imposer pour un grand nombre d'affections que nous passerons en revue, en nous inspirant du diagnostic des tumeurs du membre inférieur traité par M. KIRMISSON.

Cette consistance varie, en effet, d'après la nature histologique, ferme dans les fibrosarcomes, molle dans les encéphaloïdes, les myxosarcomes, etc. La production d'hémorragies interstitielles, de cavités kystiques à l'intérieur des masses sarcomateuses, peut faire penser à des tumeurs liquides. M. KIRMISSON cite le cas de BERKELEY HILL, où l'on diagnostiqua un kyste du creux poplité : on fit la ponction et l'on reconnut avoir affaire à un kyste duquel se détachait un chou-fleur sarcomateux, remplissant presque entièrement la cavité du creux poplité. A ce propos, M. KIRMISSON recommande de toujours examiner histologiquement les débris solides ramenés par le trocart.

Les tumeurs gazeuses, hernies, réductibles ou non, qu'on trouve dans la région inguinale, ne pourront être prises pour des sarcomes de cette région. Les tumeurs liquides peuvent, au contraire, être discutées. L'anévrysme a ses signes vasculaires ; il est pulsatile et réductible. Nous ne citerons que pour les éliminer les abcès par congestion, les dilatations veineuses possibles, de la saphène externe au creux poplité, ampullaire de la saphène interne au triangle de Scarpa. Les tumeurs ganglionnaires

réductibles, varices lymphatiques, adéno-lymphocèles, coexistent souvent avec des dilatations lymphatiques intradermiques, qui se révèlent sous la forme de petites vésicules transparentes. Les antécédents herniaires, leurs rapports avec les orifices aponévrotiques, différencieront les pseudo-kystes sacculaires, les hydrocèles de sacs herniaires.

Parmi les tumeurs liquides ni réductibles ni pulsatiles, — et c'est surtout à celles-ci que nous faisons allusion en parlant des kystes développés à l'intérieur des masses sarcomateuses, — prennent place les abcès et les phlegmons limités. Rappelons la phrase de M. QUÉNU : « Aux formes de sarcome où la période initiale se prolonge si longtemps, il convient d'opposer celles où dès le début l'évolution est si rapide que la durée totale se juge par quelques mois et que le néoplasme a pu être confondu avec des affections phlegmoneuses. » A vrai dire, les sarcomes aponévrotiques n'ont pas, en général, cette rapidité d'évolution. Les abcès chauds ne peuvent pas être cause d'erreur ; s'ils sont ganglionnaires, on trouvera facilement l'inflammation lymphangitique des tissus voisins. Les abcès froids apparaissant dans les régions inguinale ou poplitée et venant d'une ostéite, soit de l'extrémité inférieure du fémur, soit d'une inflammation fongueuse de l'articulation du genou, ne seront pas pris pour des sarcomes, si l'on tient compte des symptômes fonctionnels et si l'on examine le squelette. Les

kystes ganglionnaires et les kystes hydatiques sont des raretés.

Le diagnostic devient plus délicat en cas de tumeur solide. Les antécédents d'anévrisme font reconnaître un sac anévrysmal oblitéré. Les tumeurs ganglionnaires malignes sont rarement primitives ; mais, comme elles sont bosselées, lobulées, intimement en rapport avec les gros vaisseaux cruraux ou poplités, il faut les distinguer d'avec les sarcomes aponévrotiques des mêmes régions. L'état général du sujet, l'examen des viscères, des autres régions ganglionnaires, les antécédents de tuberculose, de syphilis, serviront à rapporter l'adénopathie à sa cause. La ponction, la biopsie viendraient en aide au besoin.

Le lymphadénome est bien près du sarcome, surtout dans les formes dures distinguées par LANGHANS et VIRCHOW, où le tissu fibreux domine la formation cellulaire : ce sont de véritables sarcomes ganglionnaires. L'état général du sujet, l'examen des diverses régions, l'évolution, l'examen du sang seront les éléments du diagnostic, dont nous nous occupons uniquement parce que tumeurs ganglionnaires et sarcomes aponévrotiques ont bien des points de ressemblance au voisinage des vaisseaux.

Les tumeurs des nerfs se signalent par des phénomènes de compression, mais peuvent n'entraîner aucun trouble nerveux. On se basera, pour les diagnostiquer, sur leurs rapports avec le trajet d'un nerf, l'aspect fusiforme à grand axe vertical, leur

mobilité, relative dans le sens transversal, nulle de haut en bas.

Les néoplasmes des parties molles comprennent le lipome à consistance spéciale, à lobulation, mobile sur la peau et les parties profondes, essentiellement bénin.

Le fibrome peut prendre un point de départ aponévrotique. Les bases du diagnostic entre fibrome et sarcome sont les suivantes pour les auteurs classiques : la surface du fibrome est lisse, unie, faiblement bosselée ; le sarcome présente des limites moins nettes et offre de bonne heure des bosselures plus accusées à sa surface. La peau qui recouvre le fibrome est presque toujours normale ; avec le sarcome elle se vascularise, devient rosée et peut s'ulcérer. Il est également plus fréquent de trouver des points ramollis ou des kystes dans le sarcome que dans le fibrome. Mais, comme dans tout diagnostic, il y a des cas faciles ou très difficiles et, si fibrome et sarcome mou sont aisément différenciables, il devient bien impossible de diagnostiquer en clinique un fibrome plutôt qu'un fibrosarcome, à moins de constater des signes généraux en rapport avec l'élément malin contenu dans la tumeur, ou de ponctionner celle-ci et d'en examiner des fragments. NOVÉ-JOSSERAND et RIGAUD, en 1895, avaient même décrit un type de fibrome dissolvant à évolution maligne qui se comporterait cliniquement à la façon d'un sarcome et présenterait certains caractères histologiques particuliers ; mais

le groupe des tumeurs sarcomateuses ou pseudo-sarcomateuses est suffisamment encombré d'éléments disparates et peu précis pour qu'on veuille y ranger une nouvelle entité histologique.

Le diagnostic de tumeur aponévrotique étant posé, reste à en déterminer la nature. Les aponévroses peuvent être le siège de tumeurs tuberculeuses, syphilitiques (SABAIL), mêmes actinomycosiques, et de divers néoplasmes. Comme dans tous les cas précédents, il faut, pour les différencier, étudier l'évolution, les signes généraux, l'action des traitements (SABAIL recommandant de prescrire, à doses intensives, le traitement antisyphilitique, chaque fois qu'on croit se trouver en présence de sarcome aponévrotique), faire une ponction exploratrice, dont les anciens cliniciens usaient volontiers pour conclure aux sarcomes ou rejeter ce diagnostic, selon qu'ils obtenaient ou non du sang, et grâce à laquelle on pourra faire un examen histologique. On adjoindra à celui-ci l'examen du sang, et, si l'évolution n'a pas encore tranché en faveur d'une tumeur maligne, la séro-réaction, l'inoculation de fragments cancéreux et l'injection du suc sarcomateux.

En même temps que la biopsie permettra, dans les limites déjà signalées, de donner à la tumeur observée une étiquette de sarcome, elle conduira aussi au diagnostic de la variété histologique, variété qui commande, dans une certaine mesure, le pronostic et le traitement, puisque les formes les plus malignes, les plus aptes soit à se généraliser, soit à réci-

diver après l'extirpation, sont celles qui contiennent des cellules mélanigènes ou des éléments jeunes, tels que globo-cellulaires à petites cellules.

Nous voyons donc, et nous ne craignons pas de nous répéter, avec quelle circonspection il faut examiner ces tumeurs, surtout lorsqu'elles siègent sur les aponévroses de régions aussi redoutables que le triangle de Scarpa, le creux poplité, l'aisselle et le cou; avec quelle prudence on doit arriver au diagnostic de sarcome vrai, de tumeur maligne, à enlever, s'il en est encore temps, pour ne pas pratiquer des interventions dangereuses par le voisinage ou la participation au processus tumoral des gaines vasculaires et par les épouvantables mutilations auxquelles elles peuvent aboutir, alors qu'on se trouve peut-être tout simplement en présence d'une de ces « étranges tumeurs inflammatoires simulant le sarcome » dont il nous reste à parler.

A propos du diagnostic des tumeurs solides, nous n'avons pas parlé des inflammations chroniques qui pouvaient être confondues avec les sarcomes. Le type de ces inflammations est le phlegmon ligneux de M. RECLUS. Siégeant surtout au niveau du cou, il est remarquable par son induration. L'évolution est insidieuse et lente; les nappes indurées sont recouvertes d'une peau rougeâtre, d'un rouge vineux; peu à peu cette infiltration dure prend des adhérences dans la profondeur; la fluctuation apparaît par petits

foyers qui s'ouvrent et laissent s'écouler le pus; la suppuration se prolonge; des vieilles fistules se tarissent, d'autres s'ouvrent, et cet état peut se prolonger des semaines et des mois, sans douleurs vives, sans phénomènes fébriles élevés. Quand la cellulite scléreuse, qui est la caractéristique de cette forme, a gagné la profondeur, elle peut provoquer, selon son siège, des phénomènes de compression : au cou, dysphagie, dyspnée ayant parfois nécessité la trachéotomie, congestion de la face, céphalalgie, délire, engourdissement prolongé et parésie des membres et du côté correspondant à la lésion. Tous ces phénomènes de compression se retrouvent dans la symptomatologie et les complications des sarcomes : nous en avons déjà fait entrevoir l'existence, sachant que nous les retrouverions ici.

L'affection est parfois mortelle, mais la résolution est possible, tantôt totale, tantôt partielle, avec suppuration en foyers disséminés (FORGUE).

Or, tous ces signes peuvent se rencontrer dans certains cas de sarcomes à marche rapide, qui créent de sérieuses difficultés de diagnostic. Pourtant, difficile à séparer d'avec un fibro-sarcome pendant la première phase de son évolution, le phlegmon ligneux au stade d'ouverture et de suppuration sera diagnostiqué par le peu d'intensité des phénomènes généraux, qui sont loin d'atteindre la gravité qu'ils revêtent lorsqu'un sarcome s'est ulcéré, dénotant son caractère de malignité.

Nous avons réservé cette place au phlegmon ligneux, pour servir de transition et nous amener au diagnostic des tumeurs inflammatoires pseudo-sarcomateuses.

Pour M. OMBRÉDANNE « l'infection limite rarement son action à des formations aussi restreintes que les aponévroses ; aussi la plupart des inflammations auxquelles participe le tissu aponévrotique atteignent-elles simultanément les tissus voisins ».

Pourtant M. MAUCLAIRE cite, d'après FRANKE, un cas où la grippe aurait déterminé, au niveau de l'aponévrose plantaire, l'apparition de petits nodules durs et douloureux. SABAIL a également signalé l'existence de gommes syphilitiques dans les aponévroses.

Ces formations peuvent aussi être atteintes par la tuberculose. La rétraction de certaines d'entre elles serait de cette nature (PONCET). Les aponévroses peuvent donc être, comme les autres tissus, le siège de tumeurs inflammatoires.

La notion de toute une classe de pareilles tumeurs simulant le sarcome est maintenant banale, tellement on en a cité de cas relatifs soit à des tumeurs musculaires, 16 cas (MM. R. PICQUÉ, PONCET, TUFFIER, MORESTIN, SÉBILEAU, DELBET, ARROU, ROUTIER, SAVARIAUD), soit à des tumeurs juxta-intestinales (DE BOVIS, LEJARS), même affectant tous les organes (MAYO-ROBSON, TAPIE, etc.), soit enfin à des inflammations chroniques des synoviales (SÉNÉCHAL).

Nous trouvons dans l'article de MÉRIEL (*Gazette des hôpitaux*, 22 février 1912), auquel nous avons déjà fait allusion, un exposé de la question : nous y puiserons largement.

Il ne faut plus apposer l'étiquette de sarcome sur une tumeur qui n'a pas prouvé sa malignité, car trop souvent certains traitements (intervention palliative, résection économique, traitement général, radio et radiumthérapie) ayant amené des guérisons durables, on s'est demandé « si la nature particulière et par endroits encore indéterminée de ces tumeurs inflammatoires n'avait pas servi utilement la cause de ces divers traitements, sans action généralement sur les sarcomes véritables, d'une si fatale malignité. » (MÉRIEL)

Cet auteur apporte un fait nouveau : tumeur de la racine de la cuisse, ferme, dure même au toucher et peu mobile dans le sens transversal, évoluant en quelques mois, peu douloureuse, indépendante de la peau, avec larges réseaux variqueux sous-jacents, augmentation de température locale, douleur dans le territoire du nerf obturateur, sans aucun signe général. « Le diagnostic ne pouvait guère se limiter qu'entre deux affections : un néoplasme malin, le sarcome, dont tous les signes existaient, et une inflammation chronique, le phlegmon ligneux, par exemple, puisque la syphilis, la tuberculose et l'actinomyose, d'après l'anamnèse et les signes cliniques, devaient être mises hors de cause. On ne retrouvait dans les antécédents du malade que quelques acci-

dents urinaires mal caractérisés. » On conclut au sarcome.

MÉRIEL incise la tumeur ; pas une goutte de pus ni de liquide, tissu épais, lardacé, gris blanc, très peu hémorragique. « Le diagnostic de phlegmon ligneux perdait donc du terrain au profit du diagnostic plus vraisemblable de sarcome. »

Plusieurs examens histologiques donnèrent tissu fibreux sans sarcome ; un seul histologiste affirma sarcome fuso-cellulaire.

La tumeur ne fut pas extirpée, car elle tenait solidement à l'os et aux vaisseaux. Or, dans le cours du temps, la tumeur régressa, disparut presque complètement, ne laissa comme souvenir qu'une minime induration.

MÉRIEL ajoute que cette curieuse histoire demeura pour lui pleine de mystère, jusqu'au moment où l'on apporta des faits analogues, dans une discussion à la Société de Chirurgie, à la suite du rapport de M. LEJARS sur deux faits de tumeurs inflammatoires observées par M. SÉNÉCHAL. L'une concernait une inflammation chronique des synoviales des tendons extenseurs de la main gauche, simulant un fibrosarcome.

« En dépit des apparences, l'évolution clinique post-opératoire et l'examen histologique avaient fait la preuve de la nature inflammatoire chronique de ces cas. »

PONCET et LERICHE (à la Société de Chirurgie, juin 1911) aboutissent à cette conclusion :

L'inflammation, à elle seule, peut réaliser toutes sortes de réactions identiques à celles des tumeurs vraies : nulle part cela n'est plus sensible que pour les cancers du tissu conjonctif, pour les sarcomes. A ce propos, ils résument la thèse de CHESELOT : « La syphilis est capable d'édifier des tumeurs simulant des sarcomes. Pour les différencier des sarcomes vrais, l'examen histologique n'est pas d'un grand secours. Il ne permet pas toujours de distinguer nettement des infiltrations tertiaires syphilitiques d'avec les sarcomes ou la tuberculose, car la présence de cellules géantes ou de myéloplaxes n'est un critérium absolu en faveur d'aucune de ces maladies en particulier. »

Pour que la présence de myéloplaxes soit une garantie absolue de bénignité, il faut, nous l'avons vu, que la tumeur soit tout entière constituée par eux, et cette assurance n'est pas sans réserves.

« La tuberculose, comme la syphilis, paraît donner naissance à des sarcomes, valablement reconnus tels par l'histologie, et, par sa poussée irritative, elle crée peut-être bien des réactions sarcomateuses, comme elle fait naître des adénomes ou des lipomes bénins. »

MM. DELBET et GUGEROT affirment la relation qui existerait entre myéloplaxes et cellules géantes de la tuberculose, ayant vu sur les mêmes coupes la transition des unes aux autres et leur coexistence.

Dans le cas de MÉRIEL, où la ressemblance avec le sarcome est frappante, il n'y avait pas de myélo-

plaxes ; aucun signe clinique ne permettait de suspecter la syphilis, la tuberculose, les diverses mycoses. Il restait donc « l'inflammation banale, sans étiquette, puisqu'il n'y a pas eu d'inoculation expérimentale », mais « l'idée d'une poussée d'ostéite antérieure au niveau de la branche ischio-pubienne n'était pas à écarter ».

Donc, en dehors des causes ordinaires de l'inflammation, il faudrait connaître celles des inflammations sans étiquette de Mériel. Mais pourquoi constate-t-on des sarcomes qui présentent une longue phase de bénignité, puis tout à coup prennent une allure maligne ? Pourquoi cette malignité se révèle-t-elle après que la tumeur s'est améliorée spontanément ou sous l'influence de traitements conservateurs ? L'explication n'en est-elle pas dans l'existence du tissu fibreux ? Ce tissu peut-il être considéré comme un processus de défense, analogue à celui qu'on observe notamment dans les squirrhes en cuirasse, où l'élément fibreux étouffe l'élément néoplasique ? Cet élément est-il le premier en date ? ne vient-il pas secondairement ? On admet que la cellule sarcomateuse a possédé la propriété fibro-plastique et édifié à elle seule le fibro-sarcome, auquel, seul, ressemblent les tumeurs inflammatoires. Ne peut-on pas émettre l'hypothèse d'une transformation secondaire du tissu fibreux en tissu sarcomateux, analogue à la transformation néoplasique du tissu cicatriciel, comme on l'observe, par exemple, sur les cicatrices des vieux ulcères ?

La marche du sarcome s'accélère lorsqu'il s'est ulcéré ; c'est que la barrière fibreuse a été franchie.

L'évolution par poussées, par phases de régression, puis d'augmentation, enfin la terminaison rapide et fatale des tumeurs, lorsqu'elles s'ulcèrent, peuvent s'expliquer par une lutte entre le tissu fibreux de défense et le tissu sarcomateux, qui, étouffé par le premier dans les formes dites bénignes, le détruit au contraire dans les autres.

Ces hypothèses sont contenues dans la conception de TRÈVES, conception « de tumeur de tumeur ».

Quoi qu'il en soit, le microscope ne suffit pas à trancher le diagnostic. M. KIRMISSON, insistant sur ce point, dit qu'il n'y a pas de tumeurs bénignes ou malignes de par leur nature histologique, mais des tumeurs à évolution bénigne ou maligne.

La clinique donne-t-elle de meilleurs indices ?

M. LEJARS accorde une certaine importance aux poussées fébriles antérieures. Pour M. TUFFIER « la fièvre n'a aucune valeur diagnostique : elle peut exister dans le sarcome, comme l'avait fait constater M. VERNEUIL ». L'examen du sang est souvent en défaut. Seule, la généralisation reste jusqu'à présent le critérium valable de la malignité des tumeurs, dit MÉRIL ; mais, d'une part, elle peut tarder longtemps ; d'autre part, faut-il attendre l'apparition de métastases, c'est-à-dire que la partie soit perdue, pour prendre une détermination opératoire ?

Par conséquent, si l'erreur qui consisterait à prendre une tumeur inflammatoire pour un sarcome

dans le cas d'une tuméfaction bien limitée, sans adhérences aux tissus voisins, siégeant sur une aponevrose en dehors de tout rapport dangereux, et qui conduirait à son extirpation, n'a pas de gravité, il n'en est pas de même lorsqu'on se trouve en présence d'un sarcome aponevrotique comprimant, contractant des adhérences avec un gros paquet vasculo-nerveux. « Il faut, dit M. LEJARS, ne négliger aucune ressource du laboratoire pour assurer le diagnostic et faire de larges prélèvements dans la masse ou dans un segment périphérique. » Enfin, dans le doute, on essaiera le traitement spécifique à doses intensives et même tous les traitements que nous mentionnerons, avant de se résoudre à de grands sacrifices, comme dans les cas de pseudo-sarcomes inflammatoires de Delbet, où CORNIL, reprenant les coupes du sarcome qu'il avait ainsi dénommé, y retrouva des bacilles de Koch.



CHAPITRE IV

TRAITEMENTS

Les considérations précédentes dominent l'étude du traitement. Celui-ci dépend du diagnostic que nous avons discuté : si l'on est en présence d'un sarcome vrai, l'extirpation large est la seule conduite à tenir. En face d'une tumeur sarcomateuse, d'aspect clinique et même histologique, n'ayant pas fait sa preuve de malignité et entrant en rapports avec des organes dangereux, tels que les vaisseaux du pli de l'aîne, du cou, du creux poplité, on doit essayer tous les traitements conservateurs.

Ils réussissent souvent, mais leurs brillants résultats ne prouvent probablement qu'une chose, c'est qu'ils étaient appliqués à des tumeurs inflammatoires ; il faut, en regard, considérer tous leurs échecs et même leurs méfaits sur les sarcomes, au vrai sens du mot.

On serait donc tenté de grouper les traitements en deux catégories : dans l'une, toutes les méthodes non chirurgicales ou chirurgicales conservatrices s'appliquant aux cas douteux ; dans l'autre, l'exérèse

de la tumeur véritablement maligne. Mais une pareille conduite implique la certitude du diagnostic ; or, nous avons vu qu'il reste parfois indécis et qu'on risquerait de ne pas agir au mieux des intérêts du malade en attendant la confirmation clinique de malignité.

On peut, en effet, suspecter la véritable nature d'une tumeur lorsqu'on est en présence d'un cas analogue à ceux de TRIPIER de Lyon, observant la guérison, par l'emploi d'huile de foie de morue, de tumeurs multiples de la peau présentant les caractères histologiques du sarcome.

Il y a longtemps, on avait remarqué l'heureuse influence que paraissent avoir certaines maladies infectieuses sur l'évolution des tumeurs cancéreuses.

COLEY, sur 17 cas de sarcomes soumis artificiellement ou accidentellement au streptocoque de Fehleisen, qui fut le premier à l'inoculer en 1882, enregistre sept guérisons. W. BUSCH eut des cas analogues. Les expériences de LASSAR, de SPRONCK, injectant des doses progressivement croissantes de culture de streptocoques (sans résultats heureux), conduisirent aux essais de Coley.

Cette méthode emploie les toxines du streptocoque de l'érysipèle mélangées à celles du bacillus prodigiosus, l'action dangereuse des premières étant neutralisée par les secondes. Les deux variétés de toxines sont d'ailleurs actives à l'égard des tumeurs malignes, en particulier des sarcomes. Les cultures

les plus virulentes donnent les meilleurs résultats.

R. ODIER expose la méthode : les injections se font d'abord au voisinage de la tumeur, puis dans la tumeur même ; elles provoquent généralement des frissons, de la fièvre, de la prostration. Il faut commencer par des doses minimales ; on emploiera $1/4$ ou même $1/8$ de goutte dans l'eau distillée. Les injections seront quotidiennes, si le malade les supporte bien. L'amélioration doit apparaître au bout d'une semaine à un mois ; la guérison, si elle se produit, peut être complète en deux mois.

COLEY traite 700 sarcomes avec 10 0/0 de guérisons. La généralisation n'est pas une contre-indication, car, malgré elle, Coley a obtenu deux guérisons. Odier ajoute 3 cas personnels de sarcomes dont une seule guérison.

R. M. GREEN conclut qu'on n'est autorisé à tenter pareil traitement que dans les cas absolument inopérables ; c'est la suprême ressource du malade. Qu'il soit un adjuvant au traitement chirurgical ou un moyen prophylactique contre les récidives, cela est possible, mais non démontré.

L'avis de M. LECÈNE est « qu'il y aurait intérêt à essayer davantage la méthode de Coley, qui, bien employée, ne présente plus actuellement de dangers ».

Les essais de sérothérapie commencèrent avec EMERICH et SCHOLL, au moyen du sérum de moutons inoculés avec des cultures virulentes de streptocoques d'érysipèle.

RICHEL et HÉRICOURT obtiennent une amélioration

d'un fibrosarcome de la paroi thoracique, récidivé, en injectant le sérum d'animaux (âne et chien), aux quels sept à quinze jours auparavant on avait injecté un liquide obtenu en broyant dans de l'eau des fragments d'ostéo-sarcome.

F. BLUMENTHAL publie des régressions de tumeurs malignes sarcomateuses traitées par l'autovaccine. Sur le même traitement parurent des travaux d'EHRLICH, BASTFORD, BORREL, HAALAND, avec des résultats positifs. ROVSING, sur 7 cas de sarcomes inopérables, a trois guérisons par la même méthode.

UHLENHUTH, HÆNDEL et TROMMSDORFF, expérimentant sur les rats la pyocyanase, obtiennent la guérison de leurs sarcomes.

L'action des rayons X sur les sarcomes est variable. Tantôt néfaste, exemple le cas de Thiéry (sarcome du maxillaire supérieur, ayant évolué rapidement après deux séances de radiothérapie et ayant entraîné la mort en quinze jours), elle paraît dans d'autres cas (sarcomes discutables?) avoir une réelle valeur.

Les thèses de LE VOT et DESMARQUEST aboutissent aux conclusions suivantes :

« La radiothérapie trouve ses principales indications dans les sarcomes superficiels, où elle doit, de plus en plus, devenir l'auxiliaire de la chirurgie, sans chercher à la supplanter.

» La chirurgie peut suffire, seule, dans certaines tumeurs parfaitement limitées où une exérèse totale est possible. Mais, chaque fois qu'on n'est pas cer-

tain de tout enlever, les observations probantes qui ont été publiées font un devoir de recourir à la radiothérapie immédiate, pour éviter la récurrence.

» Le succès n'est pas certain ; les variétés si diverses de tumeurs englobées sous le nom de sarcomes expliquent l'inconstance des résultats. •

» Dans les cas de sarcome inopérable ou de récurrence trop étendue, la radiothérapie est encore plus spécialement indiquée. L'action analgésiante des rayons X suffirait à elle seule à en conseiller l'application. » (LE VOT)

La radiothérapie dans le traitement du sarcome serait non seulement préventive, palliative, mais aussi curatrice.

Pour DESMARQUEST il y aurait un groupe particulier de sarcomes dont la radiothérapie pourrait seule faire le diagnostic, en raison de leur sensibilité extraordinaire à son action. Par contre, la lenteur d'évolution serait un des éléments de l'efficacité de la radiothérapie ; l'action bienfaisante s'exercerait d'ordinaire exclusivement sur les sarcomes superficiels, et tous les sarcomes opérables devraient, à titre d'essai, être soumis à la radiothérapie, pour savoir s'ils n'appartiennent pas au groupe particulier des néoplasmes ultra-sensibles que la radiothérapie suffit à guérir, c'est-à-dire probablement au groupe des tumeurs inflammatoires pseudo-sarcomateuses.

Ce que nous avons dit de l'action de la radiothérapie peut s'appliquer à celle de la radiumthérapie.

A la suite de la communication d'un cas de sarcome guéri par le radium, communication faite par M. HARTMANN à la *Société de Chirurgie*, MM. PAUL REYNIER, TUFFIER, SCHWARTZ, SAVARIAUD, HARTMANN, SIEUR, PIERRE SÉBILEAU, MARION, LEGUEU, QUÉNU, BAZY discutèrent sur la question, *dans la séance du 4 décembre 1912*.

Pour M. TUFFIER « le sarcome contient des variétés anatomo-pathologiques et cliniques si nombreuses qu'il est impossible de prendre pour critérium de la valeur d'un agent thérapeutique les résultats de son traitement par le radium ». C'est aussi l'opinion de M. SCHWARTZ. M. QUÉNU résume l'impression générale en séparant nettement cancers épithéliaux et sarcomes, « qui forment une classe de tumeurs mal connues, sans éléments spécifiques, susceptibles de démembrement » ; « les seules guérisons constatées l'ont été dans cette classe de tumeurs dites conjonctives ». « Le traitement ne s'est-il pas adressé à des productions d'essences différentes ? »

Lorsque après l'échec des méthodes précédentes on possède la conviction d'avoir affaire à un sarcome vrai et qu'on se détermine à opérer un sarcome aponevrotique, l'opération sera ou très facile ou très périlleuse.

Très facile dans le cas de tumeur limitée, non adhérente, siégeant loin des vaisseaux (comme dans notre observation), l'intervention consiste à extirper en dehors et non en dedans de la capsule fibreuse toujours épaisse, sous l'anesthésie locale de M. RECLUS.

Dans les cas contraires (tumeur en connexions vasculaires, allure maligne), M. QUÉNU recommande de n'intervenir que si un examen minutieux de la région atteinte a démontré l'absence de toute généralisation et que l'on peut tout enlever.

Le danger opératoire venant des adhérences que le sarcome peut contracter avec les vaisseaux, nous n'aurons pas de meilleur exemple que ce qui se passe au niveau du triangle de Scarpa.

M. KIRMISSON nous dit qu'il faut toujours craindre l'existence de prolongements sous-aponévrotiques, même en cas de tumeurs superficielles et bien mobiles. Le danger vient des connexions avec la gaine des vaisseaux fémoraux. Le cas d'HELLMANN en est le type. La veine est plus particulièrement intéressée ; or, deux cas peuvent se présenter : ou bien les adhérences sont lâches et l'on peut disséquer les vaisseaux ; ou bien il devient nécessaire de les ligaturer, leur paroi étant intéressée.

Après avoir réglé la technique opératoire, M. KIRMISSON conclut : « Dans cette dissection des adhérences de la tumeur à la gaine des vaisseaux, trois éventualités peuvent se présenter, donnant naissance à des considérations pronostiques et thérapeutiques très différentes.

« Il n'y a que simple dénudation des vaisseaux : pas de gravité.

» La veine fémorale est intéressée : le pronostic augmente de gravité.

» L'ablation de la tumeur nécessite la résection et

la ligature simultanée de la veine et de l'artère. La gravité est extrême, mais non absolue. Cas de VOLK-MANN : myxosarcome de la cuisse gauche, 12 centimètres de vaisseaux dénudés et réséqués. Pas de gangrène, œdème du membre, guérison complète.

Pour faire cette double ligature, il faut s'inspirer de l'âge du sujet, du point où portera la ligature, au-dessus ou au-dessous de la fémorale profonde, de la qualité de l'étoffe veineuse et artérielle.

Enfin, on peut aussi atteindre les branches du crural et entraîner la paralysie des muscles qu'ils commandent.

Les mêmes dangers se retrouvent au creux poplité, où siègent souvent les sarcomes aponévrotiques. Il faut aussi les redouter, et même davantage, au cou.

Le pronostic opératoire des sarcomes aponévrotiques à connexions vasculaires augmente de gravité d'après leur siège : les moins graves sont ceux des aponévroses du tronc et de l'abdomen ; puis viennent les sarcomes des membres ; enfin ceux du cou. Sur les membres l'amputation pourra être nécessaire.

Même après l'exérèse large, les récidives s'observent. Quoique certains malades conservent, malgré la multiplicité des récidives, toutes les apparences de la santé (cas de BIRKETT : dix-sept opérations en neuf ans, sans altération de l'état général), les récidives de sarcome vrai sont redoutables, car la tumeur paraît avoir une tendance à devenir de plus en plus embryonnaire et l'on sait la gravité croissante avec le rajeunissement de l'élément sarcomateux.

D'après Gross, les récides surviendraient, en général, moins d'un an après l'opération et il n'y aurait pas d'exemple de récide après quatre ans de silence.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

On voit, en les lisant, qu'un certain nombre de ces observations présentent des guérisons post-opératoires dont les unes se sont maintenues longtemps et les autres n'ont pas été suivies.

N'a-t-on pas eu affaire dans ces cas à des tumeurs inflammatoires ? Aucune méthode de laboratoire n'a tranché la question.

Il y aurait donc lieu de modifier le titre, afin de le rendre plus conforme aux conceptions actuelles, et de réunir ces observations sous la dénomination de « sarcomes ou pseudo-sarcomes aponévrotiques ».

OBSERVATION I

(LECLERC, *Bull. Soc. d'anatomie*, 7 nov. 1879.)

Sarcome de la voûte plantaire

Abcès de la fosse iliaque

M..., vingt-neuf ans. Entre le 11 octobre 1879 à la maison de santé.

Début deux ans avant.

Petite tumeur de la plante du pied.

La tumeur augmente, devient gênante, s'ulcère et donne à la pression une matière puriforme, rougeâtre et beaucoup de sang.

Adénite iliaque et abcès iliaque consécutifs.

Opéré par M. Reclus, le 12 octobre, de son adénite et de son abcès iliaque.

Amputation sus-malléolaire, le 24 octobre.

Dissection de la voûte plantaire : la peau de la plante du pied se dissèque facilement dans toutes ses parties, même autour du point ulcéré, où seulement elle est altérée à l'œil nu.

L'aponévrose plantaire disparaît à sa partie antérieure envahie par l'ulcération.

Le groupe interne des muscles du pied, séparé du groupe médian par une aponévrose assez résistante, est respecté.

Toutefois, il semble qu'en un point il y ait un amincissement considérable de la barrière limitant en dedans la loge médiane, mais sans perforation.

Mêmes rapports avec le groupe externe. De ce côté aussi, le processus morbide n'a pas dépassé la loge médiane.

Le fléchisseur commun et le fléchisseur propre pénètrent au milieu de la masse morbide. Rien à noter dans leurs gaines, si ce n'est un peu d'injection dans celle du fléchisseur propre.

Si l'on pratique la coupe antéro-postérieure du calcanéum de façon à soulever l'aponévrose à laquelle la tumeur est adhérente, on trouve qu'elle s'isole facilement des parties profondes.

L'examen histologique fait par M. Quénu, chef du laboratoire d'histologie à l'Amphithéâtre des Hôpitaux, donne : sarcome fuso-cellulaire à petites cellules.

Conclusions. — Sarcome fuso-cellulaire, développé aux dépens de l'aponévrose plantaire et exclusivement limité et localisé dans la loge musculaire médiane de la voûte du pied.

OBSERVATION II

(HELLMANN, *Archiv. für path. anat.*, 1888, t. CXIV,
traduit de l'allemand.)

Sur un myxosarcome du fascia lata

Sujet de cinquante-neuf ans. Depuis sept mois, au niveau du triangle de Scarpa, évolution d'une tumeur de forme arrondie, recouverte par des téguments tendus, mais normaux. Cette tumeur est pseudo-fluctuante et assez difficilement mobilisable sur les plans profonds. Le 23 février 1888,

Herr Hofrath Prof Dr Schönborn en pratique l'extirpation, qui ne se fait pas en masse mais par fragments. La tumeur adhère intimement par une large base au fascia lata, aux dépens duquel elle s'est développée et est unie par un pédicule à la gaine des vaisseaux fémoraux. Guérison complète.

A la coupe, la tumeur est, dans l'ensemble, de couleur gris blanchâtre, présentant une texture homogène et parsemée de régions muqueuses plus pâles. De plus, la présence d'îlots d'un rouge clair ou foncé donne un aspect tacheté, bigarré.

Les hémorragies et les parties muqueuses ont pris, en maints endroits, une plus grande extension, jusqu'à atteindre le volume d'une cerise.

On débite la tumeur en morceaux : 16 mesurent environ $1 \times 3 \times 6$ millimètres ; 7 : $5 \times 7 \times 12$ millimètres ; enfin un fragment plus volumineux de 15×30 millimètres.

Les 16 premiers sont immédiatement, et pour ainsi dire encore « tout chauds de vie », jetés dans le réactif de Fleming, aux acides chromique, osmique et acétique. Ils y séjournent quarante-huit heures, sont lavés à l'eau stérilisée, puis durcis dans l'alcool, dont on élève progressivement le titre.

Les 8 derniers sont directement mis dans l'alcool absolu.

Toutes les pièces sont ensuite incluses dans la paraffine, à l'exception d'une partie du grand fragment, que l'on inclut dans la celloïdine, pour conserver intacts cellules et contenu.

Au microscope, les éléments fondamentaux de la

tumeur sont des cellules rondes et fusiformes. Répartition irrégulière, avec prédominance des cellules fusiformes. Partout on trouve des vaisseaux. Tous, depuis les plus visibles jusqu'aux plus menus capillaires, ont leur paroi nettement constituée par les cellules en fuseau. Entre parois et calibres existe la plus grande disproportion. C'est ainsi que des vaisseaux ont une petite lumière circonscrite par plusieurs assises de cellules en fuseau, alors que d'autres, plus larges, ont leur paroi faite d'un seul plan de cellules. Dans ces vaisseaux, et sous l'action du réactif de Flemming, le sang s'est coagulé par places, laissant à côté des espaces vides. En un point même existe une rangée de vaisseaux à lumière vide, affectant une disposition régulière.

Les éléments fondamentaux (dont la tumeur tire sa formule histologique) se groupent en rangs serrés autour des vaisseaux : parallèlement à eux courent de longues files de cellules fusiformes.

Je recherchai ensuite les divisions nucléaires sur les préparations faites au réactif de Flemming et je trouvai, richement représentés, tous les stades de la division indirecte du noyau. Mais, point important, la prolifération paraît exclusivement limitée aux cellules rondes et je n'ai pu, malgré des recherches opiniâtres et répétées, trouver une seule figure de karyokinèse dans les cellules fusiformes. Ces figures se trouvent, en grande quantité, au voisinage de vaisseaux thrombosés.

Le plus intéressant, dans cette tumeur, est son évolution régressive, dont l'expression se trouve dans la transformation muqueuse de la substance fondamentale. La mucine tantôt, est répartie en bandes étroites entre les cellules ; tantôt, au

contraire, elle occupe de larges espaces, semant la dispersion au sein des éléments figurés. Mais, de toute façon, les cellules sont séparées les unes des autres par la substance muqueuse et l'agglomération des cellules donnant d'habitude un caractère typique de compacité au sarcome, on éprouve l'impression que les groupes de cellules, primitivement en contact, ont été disjoints, comme par une sorte d'œdème.

Étudiée sur les préparations fixées à l'alcool, la mucine dessine ici de fins et gracieux réseaux, là prend l'aspect de végétations arborescentes massives. Ces figures ont acquis, sous l'action des colorants, des teintes d'intensité variable. Sur d'autres points, la mucine forme un précipité grenu.

Sur les pièces colorées au Flemming, le réactif a homogénéisé la mucine en masses parsemées de nombreux vides sphériques, dont la présence rappelle d'une façon saisissante, s'il est permis de faire cette comparaison, le fromage suisse.

Un grand nombre de vaisseaux sont thrombosés. Les rapports que ces thromboses présentent, soit avec l'agencement de la tumeur, soit avec les figures de karyokinèse, ne prêtent à aucune deduction. Par contre, dans leur voisinage on trouve de nombreux éléments lymphoïdes permettant de conclure à l'inflammation. On observe aussi des hémorragies au pourtour des thromboses non organisées. La substance muqueuse semble offrir aux hémorragies un *locus minimæ resistantiæ*.

La dégénérescence graisseuse ne peut être étudiée sur les pièces préparées à l'alcool. Par le Flemming, au contraire, on obtient une coloration noire due à l'acide osmique. Or, les

granulations graisseuses, nettement mises en évidence par leur teinte, sont en majeure partie réparties parmi les hémorragies ou dans leur zone. Rares dans les cellules rondes, elles sont fréquentes dans les cellules fusiformes. Dans plus d'une cellule, on voit une petite plage ronde, sans granulations, et qui semble correspondre au noyau qu'on ne trouve, faiblement coloré, que dans un tout petit nombre de cellules.

La relation entre hémorragies et dégénérescence graisseuse est particulièrement nette aux points où les globules rouges, non altérés, sont colorés en rouge sombre par la carbofuchsine.

Les régions qui ont subi en totalité la dégénérescence muqueuse sont limitées par une sorte de paroi formée d'une ou plusieurs files de cellules fusiformes.

Dans ces amas muqueux on rencontre des restes cellulaires presque amorphes et qui ne prêtent à aucune déduction sur leur origine ou sur leur disposition. Dans plusieurs de ces régions, enfin, se sont produites des hémorragies, dont on retrouve les divers stades ; vers chacune d'elles la paroi semble avoir envoyé une file de cellules fusiformes pour la circonscrire.

OBSERVATION III

(TRÈVES, *Transactions of the pathol. Society of London*, traduit de l'anglais.)

Sarcome de la région plantaire

Dans cette observation il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, ouvrier, admis à l'hôpital, en mai 1886, pour tumeur de la plante du pied gauche.

Cette tumeur fait une saillie très appréciable et bien circonscrite. Forme arrondie, un peu aplatie et légèrement resserrée à sa base. Contour régulier. Consistance ferme et partout égale. La peau, qui la recouvre, est très épaissie, mais garde ses caractères normaux. Bien limitée à la plante du pied, la masse, dont la base correspond à la partie postérieure du cinquième métatarsien, présente une circonférence de 10 pouces. Les autres dimensions sont : 3 pouces dans le sens transversal ; 3 pouces $1/2$ dans le sens antéro-postérieur. Sur la plante du pied relief de 1 pouce $3/4$. Au voisinage du gros orteil la tumeur est plus molle et plus proéminente.

Début remontant à trente ans et ayant coïncidé avec une forte attaque de rhumatisme. Évolution extrêmement lente.

Depuis plusieurs années, gêne à la marche. Le sujet boite et est obligé de porter des chaussures spéciales.

L'état général a toujours été excellent et il ne souffrait nullement de son pied.

Pendant les deux derniers mois, la tumeur a grossi plus rapidement, surtout dans cette partie plus proéminente et plus molle à laquelle nous avons fait allusion.

Nous enlevons la tumeur et pouvons nous assurer *qu'elle avait pour point de départ l'aponévrose plantaire*, au niveau du cinquième métatarsien.

A la coupe, la plus grande partie de la masse est parfaitement homogène, présentant l'aspect d'une tumeur fibreuse ou fibro-cellulaire, avec une capsule bien définie.

La partie qui s'était développée en dernier lieu apparaît comme une masse arrondie de la grosseur d'une châtaigne et assez bien distincte du reste de la tumeur. Moins parfai-

tement encapsulée, beaucoup plus molle, d'un rose jaunâtre, elle a, en somme, l'aspect d'un sarcome.

Au microscope, la partie la plus ancienne de la tumeur a une structure fibreuse, la partie la plus récente celle d'un sarcome à cellules fusiformes.

Cliniquement, ce cas nous donne à penser que l'âge plaide plus en faveur d'un sarcome que de tout autre affection.

Pendant des années, la tumeur a été exposée à l'irritation, aux changements de température, à diverses violences, notamment à la pression que le poids du corps lui faisait subir à chaque pas. Cependant, durant trente ans, ces causes excitatrices ont agi sans modifier le développement de la tumeur, et c'est seulement lorsque le sujet entra en maturité que l'évolution fut changée.

L'intérêt du cas réside dans la transformation de bénignité en malignité de la tumeur: Cette évolution est néanmoins assez fréquente : une simple verrue, soumise à une irritation persistante, peut se muer en épithélioma ; de même un sarcome peut naître d'une tumeur fibreuse ou fibro-cellulaire, et il est probable qu'une telle métamorphose peut s'observer dans toutes les productions pathologiques.

Mais alors, si un tel changement est possible, le terme de néoplasme semble une erreur : le développement d'un tissu est moins une nouvelle formation que le produit d'une transformation dans un tissu préexistant.

Nous sommes sous l'impression que, dans les cas où l'on parle de dégénérescence en tumeur maligne, la tumeur primitive reste (en ce qui concerne ses éléments structuraux) sans subir de transformation et qu'on a affaire à une *tumeur d'une tumeur*.

L'examen du cas relaté peut venir à l'appui de cette hypothèse.

A l'œil nu, le sarcome est une production récente, nouvelle, nettement distincte et incluse dans la substance de la tumeur primitive.

Le malade savait qu'une autre tumeur évoluait, et il fut averti de sa nature avant qu'on pratiquât l'opération.

L'examen microscopique est encore plus probant : la principale tumeur est simplement fibreuse, absolument uniforme d'apparence et de structure dans toutes ses parties. La coupe de la jeune tumeur en sa partie centrale révèle la formation d'un sarcome à cellules fusiformes du type le plus fréquent. A leurs limites de démarcation on peut dire que les deux tumeurs se rencontrent. Le sarcome n'est pas encapsulé, le fibrome forme sa paroi. Pourtant à la périphérie la tumeur maligne a une structure moins ordonnée qu'en son centre.

Les cellules sont moins méthodiquement groupées, de taille moins régulière et de forme plus confuse. En plusieurs points, sarcome et fibrome confluent : le premier se développe dans le second, sans qu'on puisse dire que le tissu sarcomateux vienne du tissu fibromateux. Les deux tumeurs restent distinctes partout. Il n'y a rien qui puisse faire penser qu'une cellule sarcomateuse tire son origine d'une cellule fibromateuse préexistante.

Il semble que la tumeur primordiale ait été envahie par un sarcome et que, en aucun point, elle n'ait subi le processus de dégénérescence.

Notre observation peut donc être considérée comme un exemple de tumeur de tumeur.

20 décembre 1887

OBSERVATION IV

(SAUVINEAU, *Bulletin de la Soc. anat. de Paris*, 1889.)

Fibrosarcome de la paume de la main

Femme de quarante-huit ans. Tumeur de la paume de la main datant de dix ans. De la grosseur d'une noisette depuis son début, elle se met à augmenter rapidement de volume en quelques mois et atteint les dimensions d'une mandarine.

Opérée une première fois.

Consistance molle pseudo-fluctuante. On a la sensation d'une masse molle dans une coque mince. Adhérences partielles à la peau rendant sa dissection laborieuse.

Récidive au même endroit six mois après.

Opérée pour la seconde fois.

Nouvelle récidive au bout de six mois : elle occupe cette fois toute la paume. Peau adhérente. Masse immobile sur le squelette.

Pas de ganglions. État général excellent.

Amputation de l'avant-bras au tiers inférieur.

A la dissection : *fibrosarcome développé aux dépens de l'aponévrose palmaire*.

Examen histologique. — Au faible grossissement, la tumeur paraît formée d'îlots séparés par des travées de tissu fibreux assez dense. Ces îlots, teintés en rouge orangé foncé, se détachent sur les travées fibreuses colorées en rose par le picro-carmin.

Vus au fort grossissement, ils présentent des îlots secon-

daïres plus petits, constitués par des cellules embryonnaires entourées de bandes d'un tissu composé de cellules, avec prolongements, tassées les unes contre les autres.

En quelques points rares, les cellules ramifiées forment un tissu lâche, comprenant des cellules embryonnaires dans leurs mailles.

Aux points les plus denses on trouve d'assez nombreux vaisseaux.

OBSERVATION V

(MANON, *Limousin médical*, 1903.)

Fibrosarcome de la région parotidienne

Homme de trente-cinq ans. Tumeur du volume d'une grosse mandarine :

1° Transversalement, elle est située entre le bord postérieur de la branche montante droite du maxillaire inférieur et le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien qu'elle refoule en arrière ;

2° Dans le sens vertical, la tumeur part du pavillon de l'oreille, qu'elle comprime, en refoulant en haut et en avant l'antitragus et le lobule, et en rétrécissant l'orifice du conduit auditif externe.

En somme, tumeur située dans la région parotidienne, dont elle dépasse superficiellement les limites.

Elle est indolente, mamelonnée, de consistance uniformément dure, sans adhérence à la peau qui est intacte.

Début cinq ans auparavant.

Opérée : après incision, l'aponévrose apparaît épaisse et résistante ; dessous l'on sent la tumeur fortement enserrée.

Une boutonnière est pratiquée et l'aponévrose incisée dans toute sa longueur sur la sonde cannelée. Les bords sont libérés à la sonde, puis l'index est introduit, et, au bout de dix minutes de travail de la pulpe et de l'ongle, *la tumeur adhérente seulement à son aponévrose d'enveloppe* est désinsérée et énucléée.

Histologiquement : *fibrosarcome*.

OBSERVATION VI

(D' GIUSEPPE PIPERATA, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1909, t. CII, Clinique Hochnegg, Vienne, traduit de l'allemand).

Zur statistik der Extremitäten-sarkome.

Cette statistique sur les sarcomes des membres comprend 142 observations. Nous n'avons relevé que celles où, indiscutablement, l'auteur attribue à l'aponévrose le point de départ. C'est dire que nous avons laissé de côté une vingtaine de cas, où la participation de muscles, du périoste, de tendons ou de synoviales pouvait prêter à discussion et faire mettre en doute, comme primitif, le rôle de l'aponévrose.

Seule, l'observation 75 montre l'atteinte du deltoïde et du périoste ; mais cette atteinte est secondaire, puisque la tumeur, à son début, était nettement mobilisable sur le muscle.

Obs. 4. — Homme, cinquante et un ans. Localisation :

Aponévrose anti-brachiale droite. Évolution: neuf mois. Nature histologique: *Fibro sarcome*. Opéré le 28 mai 1895. Sort guéri.

Meurt la même année par métastases dans les muscles de l'avant-bras droit, dans la plèvre droite et les poumons.

Obs. 12. — Homme, soixante ans. Localisation: *Main droite, aponévrose dorsale*. Évolution: quatre ans. Opéré le 5 juin 1896. La peau n'adhère qu'en une partie nécrosée. Les gaines tendineuses sont respectées. Extirpation ganglionnaire. Meurt deux ans après.

Obs. 19. — Homme, soixante-treize ans. Étiologie: traumatisme en soulevant un colis pesant. Évolution: quatre semaines. Opéré le 6 septembre 1896. *Myxosarcome*. Localisation: *Aponévrose inguinale droite*. Meurt dans l'année.

Obs. 33. — Homme, vingt-sept ans. Étiologie: inconnue. Localisation: *Aponévrose jambe droite*. Évolution: six mois. Extirpation de la tumeur et des ganglions inguinaux droits le 2 juillet 1898. Nature histologique: *Sarcome à grandes cellules fusiformes*. Meurt le 28 décembre 1898.

Obs. 75. — Homme, trente-cinq ans. Étiologie: Léger traumatisme. Localisation: *Aponévrose du deltoïde gauche*. Évolution: quatre mois. Opéré le 29 septembre 1906. Extirpation avec grande partie du deltoïde et du périoste. Nature: *Sarcome à petites cellules fusiformes*. Revu en bon état en 1909.

Obs. 85. — Femme, trente-quatre ans. Étiologie: Inconnue. Localisation: *Aponévrose jambe droite*. Du début à l'opéra-

tion : cinq mois. Opérée en 1895 deux fois. Nature : *Sarcome mixte : cellules rondes et fusiformes*. Pas suivie.

OBS. 129. — Femme, trente-sept ans. Étiologie : Inconnue. Localisation : *Main droite, aponévrose dorsale*. Opérée peu de temps après qu'elle se soit aperçue de la tumeur. Trois interventions de 1900 à 1905. Nature : *Sarcome fuso-cellulaire*. Revue plus tard : la tumeur a repris le même volume qu'antérieurement.

OBS. 142. — Femme, trente-six ans. Étiologie : Inconnue. Localisation : *Région scapulaire droite : Aponévrose*. Extirpation le 20 juillet 1905. La tumeur est de toutes parts bien isolable. Nature : *Fibro-sarcome* avec nécrose partielle. Revue le 19 juin 1909. Bon état.

OBSERVATION VII (Personnelle)

(Recueillie dans le service de M. le professeur
agrégé RIEFFEL, à l'hôpital Saint-Louis).

M... Julien, âgé de trente et un ans, journalier, entre dans le service, le 7 janvier 1913, pour une tumeur située à la partie antéro-externe de la cuisse gauche, tiers supérieur.

Volume d'une grosse orange. La tumeur est très saillante sous les téguments, qui ne présentent aucune modification, sauf quelques varicosités superficielles.

Forme un peu oblongue, orientée sur son grand axe, de dehors en dedans et de haut en bas.

Dimensions : environ 12 × 6 centimètres.

Consistance dure, cartilagineuse même et partout égale.

La surface semble légèrement bosselée.

Pas d'augmentation de température locale.

La peau garde sa mobilité en tous sens sur la tumeur.

Le malade étant couché, la cuisse gauche en légère flexion sur le bassin et abduction, on déplace assez facilement la tumeur sur les plans profonds : ce déplacement paraît plus accusé dans le sens transversal.

Il disparaît complètement lorsque le malade est debout, contractant ses muscles cruraux.

La mobilité reparait en partie dans la position hanchée, le poids du corps portant sur le membre intérieur droit.

L'exploration de la mobilité ne provoque aucune douleur.

Pas d'adénopathie inguinale.

Le début remonte en 1905. A sa détermination du service, M... s'aperçut de la présence d'une petite grosseur. Il avait accompli ses trois ans à la section en qualité d'ouvrier boulanger et il attribue actuellement son mal aux frottements continuels que sa cuisse subissait contre le pétrin.

Depuis son apparition, la tumeur grossit lentement, indolore, ne provoquant aucune gêne.

Dans les derniers mois de l'année dernière, M... commence à ressentir une certaine pesanteur et, par moments, quelques picotements « comme des coups d'aiguilles ».

Certains mouvements le gênent. Il éprouve la sensation « d'avoir un poids attaché à la peau » lorsqu'il se baisse, fléchit la cuisse, monte un escalier, etc. Cette gêne devient même douloureuse pendant qu'il travaille au tour à pédale.

Enfin, dans les derniers temps, il a du mal à supporter

certains contacts, tels que celui d'un mouchoir contenu dans sa poche et venant appuyer sur la tumeur. Ces contacts provoquent une sensation pénible, plus agaçante que douloureuse, tendant à cesser lorsqu'on les accroit. Une pression forte est beaucoup mieux supportée qu'un simple frôlement.

L'état général est excellent.

Les antécédents, fouillés au point de vue de la tuberculose et de la syphilis, n'ont absolument rien qui puisse nous intéresser : M... est un homme vigoureux, n'ayant fait aucune maladie, remarquablement sain.

En l'absence clinique d'une des causes habituelles des tumeurs inflammatoires (syphilis, tuberculose, mycoses) et vu l'impossibilité de mettre M... plus longtemps en observation, on diagnostique fibro-sarcome du fascia lata.

Opération le 17 janvier 1913.

La tumeur est implantée par une large base sur l'aponévrose fémorale, qu'elle déborde en dedans. Le plan de l'aponévrose la coupe en deux parties inégales, la majeure partie étant développée en dehors. Il n'y a aucune adhérence avec les tissus voisins ; la tumeur est libre de toutes parts, sauf au niveau du tenseur du fascia lata, dont quelques fibres adhèrent à sa capsule.

L'extirpation est remarquablement aisée et laisse une brèche aponévrotique, à travers laquelle on aperçoit les muscles absolument intacts.

Réunion *per primam*. Le sujet quitte l'hôpital complètement guéri.

Rien de nouveau actuellement.

La tumeur présente les caractères de forme, de consistance, de volume que nous avons vus précédemment.

Elle est contenue dans une capsule très épaisse, à laquelle adhèrent extérieurement quelques lobules adipeux et quelques fibres du tenseur.

A la coupe : crie sous le couteau ; consistance ferme, très dure sur les parties scléreuses formant de grands tractus blancs nacrés, un peu plus molle au niveau des flots de substance jaunâtre. Aucune cavité. Aucun point fluctuant, ni ramolli notablement.

Les zones nacrées exclusives à la périphérie circonscrivent dans de larges mailles les ilots jaunâtres, prédominant au centre de la tumeur.

A l'examen microscopique, fait dans le laboratoire du service : fibrosarcome à petites cellules fusiformes : quelques cellules rondes sur les coupes ; on ne rencontre pas de myéloplaxes.

Vaisseaux réglant la disposition des cellules, peu nombreux et peu volumineux. Sur un assez grand nombre de points, hémorragies diapédétiques, sans effraction de la lumière vasculaire.

CONCLUSIONS

Les sarcomes ont souvent leur point de départ dans les aponévroses, plus particulièrement celles des membres.

L'aponévrose fémorale semble être un de leurs sièges d'élection.

Le sarcome aponévrotique s'observe surtout chez l'homme adulte.

La symptomatologie n'offre rien de spécial.

L'évolution et le pronostic dépendent de la nature histologique et du siège, la gravité opératoire des sarcomes aponévrotiques à connexions vasculaires pouvant être très grande.

La variété histologique la plus fréquente est le fibro-sarcome. C'est aussi la moins maligne.

Cette variété sert de transition entre sarcomes vraies à évolution maligne et tumeurs inflammatoires pseudo-sarcomateuses à évolution bénigne.

Différencier ces deux sortes de tumeurs est le diagnostic le plus important par les conséquences pronostiques et thérapeutiques qu'il entraîne.

Il faudra donc mettre en œuvre toutes les ressources du laboratoire pour y parvenir, l'histologie et la clinique ne suffisant pas toujours.

Le traitement du sarcome aponévrotique vrai est purement chirurgical : il faut l'enlever largement.

Dans le doute, et avant de se résoudre à des interventions périlleuses, comme celles que peuvent nécessiter les sarcomes aponévrotiques à connexions vasculaires étroites et qui se terminent parfois par l'amputation d'un membre, il faut être bien convaincu qu'on n'est pas en présence d'une de ces tumeurs inflammatoires simulant le sarcome, relevant de la tuberculose, de la syphilis, des diverses mycoses ou d'inflammations mystérieuses.

Étant donné les résultats heureux qui ont été observés sur des tumeurs dites sarcomateuses, on essaiera, dans le doute, les divers traitements spécifiques, l'auto-vaccine, la sérothérapie, la toxinothérapie de Coley, la radio ou radiumthérapie, les interventions opératoires dites économiques.

Ces divers traitements trouveront encore une indication dans l'inopérabilité de certains sarcomes, comme suprêmes ressources des malades.

Vu : le Président de thèse,
RECLUS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- DELBET (Pierre). — In traité Chirurgie Le Dentu-Delbet.
- QUÉNU. — In traité de Chirurgie Duplay-Reclus.
- OMBRÉDANNE. — In traité de Chirurgie Le Dentu-Delbet.
- ASHDOWNE. — Disparition d'une tumeur (sarcome ?) à la suite d'injections du liquide de Coley (the Lancet, t. CLXXVI, n° 4472, 15 mai 1909).
- ARDLE. — Hyperglobulie dans le sarcome (Brit Med. Journ., 1887).
- BILLROTH (Th.). — Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie, 9 auff 1880.
- BERKELEY HILL. — Case of cystic sarcoma of the popliteal space (the Lancet, vol. I, p. 418, 1878).
- AUDAN. — Sarcome traité il y a quatre ans (Dauphiné médical, t. XXXV, n° 3).
- CHEVROLLE. — Sarcomes primitifs de l'aîne. Thèse de Paris, 1898-1899, p. 659.
- CREUS. — Sarcoma della region parotidea (Siglo med. Madrid, 1879, t. XXVI).
- CLARKE. — Pathological Society of London, 21 février 1893.
- COLEY (W. B.). — American Journal of the Medical Sciences, 1893.
- COSSERAT. — Étude sur les tumeurs fibro-plastiques de la partie inféro-externe de la cuisse et de la région poplitée. Thèse de Paris, 1869.
- CHESELOT. — Sur les gommes syphilitiques simulant les sarcomes. Thèse de Lyon, n° 38, 13, XII, 1910.
- CORNIL et RANVIER. — Manuel d'anatomie pathologique.
- CARDENAL. — Contribucion al estudio clinico del sarcoma (Gaz. med. de Cataluna. Barcel., 1879).

- DUPÉRIÉ. — Sur un cas de chondrofibromatose des aponévroses (Journ. de méd. de Bordeaux, 1906, XXXVI, p. 894).
- DELBET. — Presse médicale, juillet 1895.
- DESMARQUEST. — La Radiothérapie appliquée au traitement des sarcomes. Thèse de Paris, 1906-1907, n° 106.
- GUYON. — Fibromes aponévrotiques intra-pariétaux (Bull. de l'Acad. de méd. de Paris, 1877, t. VI, n° 21).
- EICHHORST. — Dissert. inaug. Halle, 1876.
- HEURTAUX. — In Dictionnaire Jaccoud.
- JARDET. — Sarcome de la plante du pied (Bull. de la Soc. anat., 13 octobre 1882).
- HELLMANN. — Mikroskopischer Befund eines myxosarcomes der fascia lata (Arch. für path. anat., 1888, t. CXIV).
- LETULLE et NATTAN-LARRIER. — Anatomie pathologique.
- ACHARD et LÉPER. — Précis d'anato-pathologique.
- BRANCA. — Histologie.
- HELLMANN. — Ueber den Ursprungsort der Weichtelsarcome der Regio inguinalis. Würzburg, 1888.
- GUITTON. — Contribution à l'étude des sarcomes primitifs des muscles. Thèse de Paris, 1894.
- KIRMISSON. — De l'extirpation des tumeurs du triangle de Scarpa (Revue de Chirurgie, 1886).
- In traité de Chirurgie Duplay-Reclus, t. VIII.
- Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur.
- LECLERC. — Sarcome de la voûte plantaire (Bull. Soc. anat., 7 nov. 1879).
- LE MARÉCHAL. — Étude clinique et histologique de certaines tumeurs d'origine primitive intra-musculaire. Thèse de Paris, 1880.
- LANDOIS. — Berliner Klinische Wochenschrift, t. XLIX, 25 nov., 1912.
- LEVY-DORN. — Radiothérapie des sarcomes. Résultats éloignés (Berliner Klinische Wochenschrift, t. XLIX, janvier 1912).

- LE VOT. — Traitement radiothératique des sarcomes. Thèse de Paris, 1909-1910, t. XXIX.
- MOUSNIER. — Fibrosarcomes du cou. Thèse de Paris, 1905-1906, n° 256.
- MOSNY. — Contribution à l'étude des sarcomes des gaines tendineuses. Thèse de Montpellier, 1908-1909, n° 47.
- MOREIRA DA FONSECA. — Eosinophilia nos sarcomas (Archivos Brasileiros de Medicina, t. I, n° 2, 1911).
- MANON. — Fibro-sarcome de la région parotidienne (Limousin médical, 1903).
- MOTY. — Bulletin médical, 14 octobre 1894.
- MOURATOFF. — Presse médicale, juillet 1895.
- MALHERBE. — Recherches sur le sarcome.
- MORO. — Sulla diagnosi clinica differenziale fra sarcoma e lipoma (La Clinica chirurgica, 1908, n° 9).
- MORESTIN, SEBILEAU (Pierre), DELBET (Pierre). — Tumeurs inflammatoires simulant les sarcomes (Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie, t. XXXVII, séance du 29 novembre 1911).
- MÉRIEL. — Les tumeurs inflammatoires des membres simulant le sarcome (Gazette des Hôpitaux, jeudi 22 fév. 1912).
- PIPERATA. — Statistique des sarcomes des membres (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1909, t. CII).
- PLENIO. — Ueber einen Fall von Total résorption eines grossen melano-sarkoms (Arch. für Klin. Chir. Berl., 1886, t. XXXIV).
- PACCINOTTI. — Lymphatiques des sarcomes (Lo Sperimentale, 1886).
- POIRIER. — Traité d'anatomie humaine,
- POUJOL. — In Pathologie externe de Forgue, t. I.
- FORGUE. — Pathologie externe.
- PONCET et LERICHE. — Tuberculose inflammatoire et sarcomes (Société de Chirurgie. Bulletin et Mémoires de la Société, t. XXXVII, n° 25).
- REGNAULT. — Arch. für. Klin. Chir., 1888, t. XXXV. Heft, I.

- ROGUET. — Sarcomes de la paroi antérieure. Thèse de Paris, 1897-1898, n° 30.
- RICHEL et HÉRICOURT. — Acad. des Sciences, 29 avril 1895.
- QUÉNU. — In *Traité de Chirurgie Duplay-Reclus*.
- SAUVINEAU. — Fibro sarcome de la paume de la main (Bull. Soc. anat. de Paris, 1889).
- SPRONCK. — Ann., Institut Pasteur, 1892.
- SMITH. — Report of Two Unusual Cases of Sarcoma (The Boston medical and Surgical Journal, t. CLXI).
- TRÈVES. — Transact. of the pathol. Society of London, 1887, t. XXXIX.
- TANSINI. — Per la diagnosi differenziale a tra lipoma et sarcoma (Gazetta degli Ospedali et delle Cliniche, t. XXX, n° 89, 27 juillet 1909).
- THIÉRY. — Sarcome aggravé par la radiothérapie (Soc. de Chirurgie de Paris, 1908, 15 juillet).
- UHLENHUTH HÆNDEL-TROMMSDORFF. — Sarcomes de rats guéris par la pyocyanase (Bullet. de la Soc. de Méd. militaire berlinoise, t. XXXVIII, n° 11).
- VELPEAU et BÉRAUD. — Anatomie chirurgicale.
- SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS. — (Radiothérapie. Sarcome de la région inguinale guéri par le radium. Séance du 4 décembre 1912).
- ODIER (R.) (Genève). — Traitement des affections sarcomeuses par les toxines de Coley (Revue médicale de la Suisse romande, 1908, n° 10, 20 octobre).
- GREEN (R. M.). — Sur 20 cas traités par les toxines de Coley (Boston medical and surgical Journal, t. CLXV, n° 1).
- BLUMENTHAL (F.). — Régression des tumeurs malignes traitées par des extraits de la tumeur même. Autovaccine (Zeitschrift für Krebsfortschirurgie, t. XI, f. 3, 1913).
- COLEY (W.). — Surgery, Gynecology and Obstetrics, t. XIII, fasc. 2.
- MAYO ROBSON. — Gazette des hôpitaux, 1908.
- SÉNÉCHAL. — Inflammation chronique des gaines synoviales

des tendons extenseurs de la main gauche simulant
un fibro-sarcome (Communication à la Société de
Chirurgie de Paris. Séance du 14 juin 1912).

TAPIE. — Arch. Méd. de Toulouse, 1911.



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION. — Chapitre I.....	9
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.....	15
CHAPITRE III. — Étiologie et fréquence.....	25
CHAPITRE IV. — Symptômes et diagnostic.....	29
CHAPITRE V. — Traitements.....	55
CHAPITRE VI. — Observations.....	65
CONCLUSIONS.....	83
BIBLIOGRAPHIE.....	85

